Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker, Geh. Med.-Rat, Berlin. Dr. Florschütz, Professor, Gotha. Dr. Fürbringer, Geh. Med.-Rat u. Prof., Berlin. Dr. Haug, Professor, München. Dr. Hoffa, Geh. Med.-Rat u. Prof., Berlin. Dr. Kionka, Professor, Jena. Dr. Kirchner, Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof., Berlin. Dr. A. Leppmann, Med.-Rat, Berlin.

Dr. von Liszt, Geh. Just.-Rat u. Prof., Berlin. Dr. Ostertag, Professor, Berlin. Dr. Puppe, Professor, Königsberg. Radtke, Kaiserl. Geh. Reg.-Rat, Berlin. Dr. Roth, Reg.- u. Geh. Med.-Rat, Potsdam. Dr. Schwechten, Geh. San.-Rat, Berlin. Dr. Silex, Professor, Berlin. Dr. P. Stolper, Professor, Göttingen. Dr. Windscheid, Professor, Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:
Dr. F. Leppmann
Zweiter Arzt an der Königl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Irrenabteilung
Berlin.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 10. Ausgegeben am 15. Mai.

Inhalt:

Originalien: Richter, Versuch des Entwurfs eines Planes zur Entwicklung der Medizinalreform in Preußen. S. 189. — Becker, Erstickung durch Fremdkörper oder Kehlkopfverletzung? Betriebsunfall? S. 191. — Gorella, Über das Verfahren vor Schiedsgericht und Reichs-Versicherungsamt bei Streitigkeiten über Unfallentschädigungen. S. 194.

Referate. Allgemeines: Florschütz, Der Arzt bei Privatversicherungen. S. 197.

Chirurgie: Socquet, Mort par blessure accidentelle de l'œil sans lésions des paupières. S. 198. — Thelemann, Beitrag zur subkutanen Ruptur des Magendarmkanals. S. 198. — Schmidt, Ein eigenartiger Fall doppelter Fremdkörperdurchbohrung der Speiseröhre. S. 199. — Scheider, Beitrag zur Pankreaschirurgie. S. 199.

Innere Medizin: Revenstorf, Über traumatische Aortenwandrupturen, mit besonderer Berücksichtigung des Mechanismus ihrer Entstehung. S. 199. — Thalwitzer, Diabetes insipidus post trauma. S. 200. — Stepp, Herpes zoster traumaticus. S. 200.

Neurologie und Psychiatrie: Noehte, Ein Fall von Gehirnerschütterung. S. 200. — Thiem, Zentrale Hirnverletzung nach einem Stoß gegen den Schädel. S. 200. — Aronheim, Ein Fall von isolierter traumatischer Lähmung des rechten Nervus abducens. S. 201. — Dinkler, Ein Beitrag zur Lehre von den feineren Gehirnveränderungen nach Schädeltraumen. S. 201. — Ruhemann, Über Schüttellähmung nach Unfällen. S. 201. — Pagenstecher, Drei Fälle von posttraumatischer, chronischer, spinaler Amyotrophie mit Berücksichtigung der übrigen ätiologischen Momente. S. 202. — Hammer, Die gesundheitlichen Gefahren geschlechtlicher Enthaltsamkeit. S. 202. — Cohn, Über sexuelle Belehrung der Schulkinder. S. 203. — Moll, Sexuelle Zwischenstufen. S. 203.

Hygiene: Scholze, Maßnahmen zur Verhütung des Ausbruchs und der Verbreitung ansteckender Krankheiten im Aufmarschgebiet eines Armeekorps und Vorbereitungen für die Regelung des Sanitätsdienstes in diesem Gebiet. S. 203. — Röpke u. Huß, Untersuchungen über die Möglichkeit der Übertragung von Krankheitserregern durch den gemeinsamen Abendmahlskelch, nebst Bemerkungen über die Wahrscheinlichkeit solcher Übertragung und Vorschlägen zu ihrer Vermeidung. S. 204. — Pfuhl, Beitrag zur bakteriologischen Untersuchung der Fleischkonserven. S. 204.

Bücherbesprechungen und Anzeigen. S. 205.

Tagesgeschichte. Berufskrankheiten und Haftpflichtversicherung. S. 206. — Die wachsende Zahl der Betriebsunfälle. S. 206. — Handel mit Menschenskeletten. S. 207. — Die grüne Gefahr. S. 207. — Invalidenrenten. S. 207. — Kongreßnachrichten. S. 208.

Versuch des Entwurfs eines Planes zur Entwicklung der Medizinalreform in Preußen.

Von
Kreisarzt, Medizinalrat Dr. **Richter** in Remscheid.

Es konnte von Anfang an kaum zweifelhaft sein, daß die im Jahre 1901 so segensreich begonnene Medizinalreform eine Entwickelung im Sinne der völligen Umgestaltung unseres Staatsmedizinalwesens nach modernen Gesichtspunkten nehmen würde. Etwas anderes behaupten, würde eine Kränkung für diejenigen in sich schließen, die sich um die Reform verdient gemacht haben. Denn eine Organisation, die einer Entwickelung unfähig ist, spricht sich damit selbst das Urteil. Heute, nach kaum fünf Jahren, können weitere Verbesserungen der amtlichen Stellung der Staatsärzte nur noch eine Frage kurzer Zeit sein, wenn das Werk nicht ins Stocken geraten soll. Ein neuer Schritt vorwärts ist allerdings wieder getan durch die Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten. Inzwischen aber haben sich noch weitere Bedürfnisse fühlbar gemacht, deren Befriedigung ebenfalls nicht mehr allzulange aufgeschoben werden darf. Das ist ja auch nicht wunderbar, wenn man erwägt, wie lange mit dem Beginne der Medizinalreform gezögert wurde. Da mußte natürlich mittlerweile alles und jedes auf diesem Gebiete veralten und sich überleben.

Die ständig wachsende, amtliche Arbeitslast, der dabei immer unmöglicher werdende Nebenerwerb, die in vielen Fällen kaum zu duldende Ungleichheit der wirtschaftlichen Verhältnisse der einzelnen Kreisarztstellen, endlich, aber nicht zuletzt, die Verwickelung der Ruhestandverhältnisse der nicht vollbesoldeten Kreisärzte, drängen auf eine baldige Neuregelung der Ausbildung und Anstellung der beamteten Ärzte hin, die nach den Grundsätzen der modernen Heilkunde zu entwickeln, ich in den folgenden Zeilen unternehmen will. Sollte ich damit einen Kampf der Meinungen entfesseln, so werde ich glauben, unserer guten Sache einen Dienst erwiesen zu haben. Allzulange schon wird über Verhältnisse geschwiegen, die auf die Dauer kaum fortbestehen können.

Voranzustellen ist die schon lange geforderte Trennung der öffentlichen Gesundheitspflege und der gerichtlichen Medizin. Hier paßt das Bibelwort „niemand kann zween Herren dienen“. Die Beherrschung beider Gebiete stellt Anforderungen an die geistigen Fähigkeiten, denen der Durchschnittsmensch kaum noch gewachsen sein dürfte. Danach gestalten sich meine Vorschläge folgendermaßen:

I. Ausbildung:

A. Der Kreisarzt:

Er hat die erforderlichen Kenntnisse nachzuweisen in
a) der öffentlichen Gesundheitspflege,
b) der Staatsarzneikunde,

c) der Irrenheilkunde,
d) der Unfallkunde und
e) der Verwaltungskunde.

B. Der Gerichtsarzt:

Er hat die Kenntnisse nachzuweisen in
a) der gerichtlichen Medizin,
b) der Irrenheilkunde,
c) der Unfallkunde.

II. Anstellung:

A. Der Gesundheitsbeamte:

1. Der Kreisarzt: Im allgemeinen hat jeder Kreis seinen eignen Kreisarzt. Mehrere kleine Kreise können zu einem Verwaltungsbezirk zusammengelegt werden. Ich kann darin an sich keine besondere Schwierigkeit sehen. Wie schon jetzt ein Kreisarzt mit einem Landrat und einem Oberbürgermeister zusammenarbeiten kann, so könnte auch ein Kreisarzt mit zwei Landräten zusammenarbeiten. Ob im Einzelnen Schwierigkeiten vorhanden sind, kann ich von meiner Stellung aus nicht übersehen. Indessen bin ich geneigt, sie nicht für unüberwindlich zu halten.

2. Der Kreishilfsarzt: Zu große Kreise erhalten einen Kreishilfsarzt, der unter Aufsicht des Kreisarztes arbeitet. Sein Arbeitsgebiet ist geographisch abzugrenzen. Alle seine Berichte gehen durch die Hand des Kreisarztes. Er hat an entsprechender Stelle, aber nicht am Amtssitze des Kreisarztes, zu wohnen. In größeren Städten empfiehlt sich die Anstellung von Hilfsärzten nicht wegen der Möglichkeit der Rivalität. Hier sind vielmehr nach Bedarf besser neue Kreisarztstellen zu schaffen.

B. Der Gerichtsarzt:

Jeder Landgerichtsbezirk erhält einen Gerichtsarzt, der am Sitz des Landgerichts wohnt. Nach Bedarf sind Gerichtshilfsärzte anzustellen, die im allgemeinen am Sitze des nächstgrößten Amtsgerichts, aber jedenfalls nicht am Amtssitze des Gerichtsarztes, zu wohnen haben. Sie sind vollkommen selbständig. Ihr Wirkungskreis umfaßt im allgemeinen den betr. Amtsgerichtsbezirk. Zu den im Landgerichtsbezirk vorkommenden Leichenöffnungen sind sie soviel, wie irgend möglich, zuzuziehen.

III. Wirtschaftliche Stellung:

1. Während der Dienstzeit:

A) Der Gesundheitsbeamte:

a) Der Kreisarzt: Er bezieht ein Gehalt, von drei zu drei Jahren um je 500 Mark steigend, von 3000 auf 5000 Mark.

Die Mietentschädigung wird nach den sonst für Staatsbeamte üblichen Grundsätzen berechnet.

Die Dienstaufwandentschädigung begreift in sich die Erstattung der zur Wahrnehmung der regelmäßigen Dienstgeschäfte (Besichtigung von Drogenhandlungen, Schulen, Massenquartieren, Wasserversorgunganlagen, Ortschaften usw.) aufzuwendenden Reisekosten.

Die zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten aufgewendeten Reisekosten werden besonders liquidiert. Es wird sich leider als unmöglich erweisen, diese Kosten durch Ablösung abzugelten, da sie in den gleichen Kreisen je nach den Jahren und den vorkommenden Krankheiten gar zu verschieden ausfallen dürften.

Das Einkommen an Gebührnissen verbleibt den Kreisärzten. Es ist zu vermuten, dass der Staat auf diese Gefälle ohne Kummer verzichten kann. Er steht viel besser und weiß, woran er ist, wenn er ein entsprechend niedrigeres Gehalt gewährt.

Die Ausübung jeder Art ärztlicher Tätigkeit ist dem Kreisarzt verboten. Die übertriebenen Befürchtungen derer, die in der Loslösung der Kreisärzte von der ärztlichen Praxis die Gefahr der Bureaukratisierung der Gesundheitsbeamten erblicken zu müssen glaubten, scheinen mir schon jetzt durch die Tatsachen widerlegt zu sein. Die Mehrzahl der Kreisärzte betreibt schon heute kaum noch Praxis und dennoch ist die Befürchtung nicht zur Wahrheit geworden.

b) Der Kreishilfsarzt: Er erhält ein Gehalt von 1500 Mark.

Eine Mietentschädigung wird nicht gezahlt.

Der Dienstaufwand ist in gleicher Weise zu entschädigen, wie dem Kreisarzt.

Für die Reisen bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten liquidiert er, wie der Kreisarzt.

Ebenso fließen ihm die Gebührnisse zu aus dem Teil des Kreises, der ihm zu dienstlicher Abwartung anvertraut worden ist.

Ärztliche Tätigkeit ist unbeschränkt erlaubt.

B) Der Gerichtsarzt:

Er erhält das gleiche Gehalt, wie der Kreisarzt.

Ferner die gleiche Mietentschädigung.

Die Dienstaufwandentschädigung wird ohne Mitberechnung regelmäßiger Reisen aufgestellt, da er solche nicht zu machen hat.

Dagegen liquidiert er für die tatsächlich gemachten Reisen nach den Reglements.

Die Gebührnisse aus der Gerichtspraxis und der Gutachter- und Attestpraxis verbleiben ihm.

Die ärztliche Praxis ist ihm in gleicher Weise verboten, wie dem Kreisarzt.

Der Gerichtshilfsarzt bekommt das gleiche Gehalt, wie der Kreishilfsarzt.

Die Mietentschädigung fällt fort.

Die Dienstaufwandsentschädigung wird nach denselben Grundsätzen berechnet, wie bei dem Gerichtsarzt.

Für Reisen wird nach den Reglements liquidiert.

Die Gebührnisse aus seinem Gerichtsbezirk verbleiben dem Gerichtshilfsarzt.

Die ärztliche Praxis ist ihm unbeschränkt erlaubt.

2. Nach der Dienstzeit.

Der Kreisarzt sowohl, wie der Gerichtsarzt, erhält eine Pension, die nach den sonst für Staatsbeamte gültigen Grundsätzen berechnet wird aus dem Gehalt und der im Augenblick der Versetzung in den Ruhestand gezahlten Mietentschädigung.

Die Gemeinden werden zur Zahlung einer jährlichen Ablösungssumme an den Staat herangezogen für diejenigen Geschäfte, die der Kreisarzt ex officio zu besorgen hat, für die er aber früher von den Gemeinden entschädigt werden mußte. Das sind namentlich die Besichtigung der Drogenhandlungen, der Wohnungen im weitesten Sinne des Wortes, der Molkereien, für die Beaufsichtigung des Haltekinderwesens, der Bäder, der Geisteskranken in Privatpflege, kurz, aller derjenigen Geschäfte, deren Besorgung zuerst und zum allergrößten Teil im wohlverstandenen Interesse der Gemeinden selbst liegt. Dann erübrigt sich auch fernerhin die Anstellung besonderer Gemeindeärzte seitens der Gemeinden, von Stadtärzten und dergleichen mehr. Daß sie, abgesehen vielleicht von einigen intelligenten Großstädten, sich bewährt habe, wird man doch wohl kaum behaupten können. „Wes Brot ich esse, des' Lied ich singe.“ Der Staat hat, weiß Gott, das dringendste Interesse daran, die Gesundheitbeamten fest in der Hand zu behalten. Ganz und gar aber können da nimmermehr erfreuliche Verhältnisse herrschen, wo ein Kreisarzt neben und über einem Gemeindearzt im amtlicher Tätigkeit sich befindet. Alles in allem glaube ich und hoffe ich, den Amtsgenossen aus der Seele

zu sprechen, wenn ich zum Schlusse die Sehnsucht ausspreche, daß endlich die Konsequenzen unserer wichtigen amtlichen Stellung gezogen werden und daß wir von allen Nebenbeschäftigungen und Geschäften frei gemacht werden mögen.

Erstickung durch Fremdkörper oder Kehlkopfverletzung? Betriebsunfall?

Obergutachten, erstattet im Auftrage des Reichsversicherungsamtes

von

Dr. **Ernst Becker,**

Königlichem Kreisarzte und Oberarzte des städtischen Krankenhauses zu Hildesheim.

Die Verletzungen der oberen Luftwege, insbesondere des Kehlkopfes, haben von jeher in gleicher Weise Chirurgen und Gerichtsärzte interessiert. In letzterer Zeit gewinnen sie auch ein versicherungsrechtliches Interesse. Denn die klinischen Erscheinungen, welche hierbei beobachtet werden, und der in tötlich verlaufenden Fällen erhobene Sektionsbefund ist nicht immer so eindeutig, daß man in der Lage wäre, ausnahmslos an der Hand gewisser Kriterien sofort das richtige Urteil zu fällen. Besonders dann, wenn das Bild durch gleichzeitige Aspiration von Fremdkörpern kompliziert wird. Es sind dann die Fragen zu beantworten: Ist die Erstickung infolge des verschluckten Fremdkörpers geschehen oder war die Kehlkopfverletzung die Todesursache und der Fremdkörper — wie gar nicht selten — nur bei den Manipulationen, die später mit der Leiche vorgenommen wurden, in die Luftwege geraten? Können überhaupt Weichteilverletzungen des Kehlkopfes ohne Bruch seiner Knorpel eintreten? Können letztere entstehen, auch wenn eine Gewalteinwirkung direkt den Kehlkopf gar nicht getroffen hat?

Alle diese Fragen waren zu beantworten in einem von mir beobachteten Fall, dessen Veröffentlichung sich deshalb rechtfertigt, weil jeder Beitrag zur Klärung dieser vielfach noch dunkelen Frage erwünscht sein muß.

Als ich im Auftrage der Berufsgenossenschaft die Sektion des Mannes vornahm, war nur bekannt, daß er bei der Arbeit auf eine Schiebkarre gefallen und sich an der Nasenwurzel und in der Gegend der Augenbraue verletzt hatte. Er hatte die Arbeit zwar anfangs aufgenommen, aber wegen schlechten Befindens wieder niederlegen müssen. Auf dem Wege zum Arzte traten Atembeschwerden ein, die sich so steigerten, daß nach etwa zwei Stunden der Tod eintrat. Bei der Sektion fand sich außer allen charakteristischen Zeichen der Erstickung ein Stück Kautabak in der Fossa glosso-epiglottica, wodurch der Tod ohne weiteres erklärt zu sein schien. Die auf Grund meiner Direktiven später vorgenommenen Zeugenvernehmungen brachten für die Beurteilung des Falles sehr wesentliche Gesichtspunkte zutage, welche das „vorläufige“ am Schlusse der Sektion abgegebene Gutachten modifizieren mußten. Da indessen die Berufsgenossenschaft später von mir ein ausführliches Gutachten nicht einforderte und das hiesige Schiedsgericht statt meiner einen anderen Sachverständigen hörte, so hatte ich zunächst keine Gelegenheit, mich zur Sache zu äußern. Hätte es sich um ein Verfahren vor den ordentlichen Gerichten gehandelt, so wäre dieser modus procedendi — wie hier beiläufig erwähnt sein mag — nicht möglich gewesen. Denn derjenige, welcher die Sektion gemacht hat, hat auch später das ausführliche Gutachten zu erstatten. So kam es denn, daß in der Rekursinstanz das Reichsversicherungsamt wiederum auf mich zurückgriff und mich zur Erstattung eines Obergutachtens aufforderte. Unter den obwaltenden Umständen mußte dieses zu anderen Schlußfolgerungen, als das „vorläufige“ Gutachten, kommen. Der Fall ist daher auch insofern lehrreich, als er die alte Erfahrung bestätigt, daß der spätere Gutachter, welcher aus einem vollständigen Aktenmaterial seine Schlußfolgerungen ziehen kann, gegenüber dem Vorgutachter einen erheblichen Vorteil genießt. Leider wird diesem Gesichtspunkte von Behörden und Kollegen nicht immer gebührend Rechnung getragen.

In dem Folgenden teile ich mein unter dem 10. Februar d. J. erstattetes Obergutachten ausführlich mit:

„In der Unfallversicherungssache der Hinterbliebenen des Arbeiters Karl B. zu H. wider die Nordwestliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft hat mich das Reichsversicherungsamt mittelst Schreibens vom 2. Januar d. J. unter Übersendung der Akten ersucht, ein Gutachten darüber zu erstatten:

1. ob und inwiefern der Sektionsbefund die Annahme ausschließt, daß eine durch äußere Gewalteinwirkung (Sturz) verursachte Weichteilschwellung mit hinzutretenden Blutergüssen bei dem Verstorbenen den Verschluß des Kehlkopfeinganges bewirkt hat; ferner:
2. ob nach dem Sektionsbefunde bei Berücksichtigung der Krankheitsgeschichte anzunehmen oder aber wenig wahrscheinlich ist, daß das Verschlucken des Kautabaks, der auf dem Kehlkopfdeckel der Leiche gefunden wurde, mit dem Unfalle (Sturz) des B. oder seinen Folgen mittelbar oder unmittelbar zusammenhing.

Am 20. Februar 1904 war der 65 jährige Arbeiter Karl B. damit beschäftigt, in der Eisengießerei A. zu H. Eisengußstücke aus der Gießerei in die Dreherei mittelst Schiebkarre zu fahren. Etwa um $1^3/_4$ Uhr nachmittags meldete ein anderer Arbeiter, daß p. B. hierbei hingefallen sei und sich Blut aus dem Gesichte gewischt habe. Augenzeugen sind bei dem Sturze nicht zugegen gewesen. Der Zeuge B. legte ihm in der Schlosserei einen Notverband an und machte die Beobachtung, daß der Verletzte heiser sprach, während er, bevor er den Schubkarren fortgefahren hatte, noch eine klare Stimme gehabt hatte. Der Verletzte soll früher nach der einen Aussage stets eine „klare Sprache“, nach einer abweichenden Angabe seines Arbeitgebers aber „schon immer eine heisere belegte Stimme“ gehabt haben. Dem Zeugen B. hat sodann der Verletzte an Ort und Stelle an dem Schubkarren genau gezeigt, wie er zu Schaden gekommen sei, und dabei erzählt, er habe stark geschoben, sei ausgeglitten und mit dem Kehlkopf auf das Vorderbrett des Schubkarrens gefallen. Der Verletzte hat sich sodann wieder an die Arbeit gemacht und den Schubkarren noch zum Teil oder gänzlich ausgeladen. Eine viertel oder halbe Stunde später sah der Zeuge den Verletzten auf einer Wage sitzen und Blut spucken und riet ihm daher, zum Arzte zu gehen. Er winkte aber ab und „konnte kaum noch sprechen“. Etwa um 3 Uhr wurde der Verletzte in eine Droschke gesetzt, wobei er bereits große Atemnot hatte und nur noch durch Zeichen und unverständliche Töne zu verstehen geben konnte, daß das Verdeck heruntergeschlagen werden solle. Die Fahrt zum Arzte Dr. H. dauerte etwa zehn Minuten. Er betrat zunächst den Hof, wobei er wankte, und dann das Sprechzimmer des Arztes. Hier konnte er bereits nicht mehr sprechen, sondern legte einen Zettel vor, auf dem der Arbeitgeber den Hergang der Verletzung kurz dargestellt hatte. Der Arzt fand, daß der Hals des p. B. etwas dicker als gewöhnlich war und Gesicht und Hände etwas blau gefärbt waren; er litt an großer Atemnot. Der Arzt schickte ihn daher zur Vornahme des Luftröhrenschnittes in das Krankenhaus. Er schätzt den Zeitraum, während dessen der Verletzte bei ihm war, auf fünf Minuten, während der Kutscher des Taxameters zwanzig Minuten als verstrichen angab. Auf der Fahrt zum Krankenhause steigerte sich die Atemnot des Verletzten sehr bedenklich; er faßte seinen Begleiter an den Kragen und hauchte einige Töne, die dieser verstand als „nicht nach dem Krankenhause!“ Vor der Eingangstür stieg er bequem aus dem Wagen und machte Anstalten

neben dem Wagenrade zu urinieren. Dabei begann er zu würgen und erbrach etwas Blut und dünne Speise und fiel sterbend in die Arme des Begleiters. Kurz darauf erfolgte etwa um 3³/₄ Uhr der Tod.

Am 24. Februar wurde von mir und dem Assistenzarzte Dr. Löwe nach dem für Gerichtsärzte vorgeschriebenen Verfahren die Leicheneröffnung vorgenommen und dabei folgender, für die Entscheidung der vorliegenden Frage wichtiger Befund festgestellt:

Auf dem linken Backenknochen und der Nasenwurzel linkerseits sowie am inneren Knöchel des linken Unterschenkels fanden sich kleine Wunden der Haut mit Blutergüssen in das Unterhautzellgewebe; die Knochenhaut des Stirnbeins war an stecknadelkopfgroßer Stelle verletzt (Nr. 5 des Protokolls).

„Am Halse springt der Kehlkopf etwas vor, indessen läßt sich sonst abnormes durch die Betastung des Halses nicht feststellen; insbesondere finden sich keine Verletzungen der Haut." (Nr. 10).

„Das Herz ist bedeutend größer, als die rechte Faust der Leiche . . . . Die Herzhöhlen sind mit Ausnahme des rechten Herzohres, welches mit dünnflüssigem Blute prall gefüllt ist, fast leer. Die Kranzgefäße haben verkalkte Wandungen . . . . Die Herzmuskulatur ist braunrot gefärbt; der Papillarmuskel und seine Sehnenfäden sind in der linken Herzkammer verkürzt und verdickt. Ebenso sind die Klappenränder der zweizipfligen Klappe verdickt . . . . . (Nr. 19)."

„Auf dem Durchschnitte der Lungen erscheint das Gewebe dunkelrot; auf Druck entleert sich etwas blutiger Schaum. Die Schleimhaut der größeren Luftwege ist braunrot gefärbt, hat deutliche Längsfaltung und enthält nur wenig Schleim. (Nr. 20 und 21)."

„Es werden sodann die Halsorgange in ihrer natürlichen Lage in der Leiche genau präpariert und dabei festgestellt, daß an den Muskeln, den Nerven und großen Gefäßen nichts krankhaftes vorhanden ist. Sodann werden die gesamten Halsorgane im Zusammenhange aus der Leiche entfernt. Dabei bemerkt man, als die Zunge unter dem Unterkiefer nach unten gezogen wurde, daß in der Grube, welche durch den Zungengrund und den Kehldeckel gebildet wird, ein schwarzer Körper lag, welcher sich nach vollständiger Entfernung der Halsorgange aus der Leiche als ein fast 4 cm langes und 1 cm im Durchmesser haltendes zylindrisches Stück Kautabak erweist, von biegsamer weicher Konsistenz. (Nr. 22) . . . . Das Zäpfchen ist geschwollen, blauviolett gefärbt, auf dem Durchschnitte blaßgrau ohne Blutung . . . . . . (Nr. 23)."

„Die feinen Schleimhautgefäße in der Grube zwischen Zunge und Kehldeckel sind bis zu Strickstickendicke mit Blut gefüllt" (Nr. 24).

„Die Schleimhaut des Kehlkopfeinganges und diejenige der Unterfläche des Kehldeckels ist geschwollen und graurot gefärbt, während die Schleimhaut des Rachens vom Kehlkopfeingang bis fast zum Beginn der Speiseröhre dunkelblau gefärbt ist. Beim Einschneiden in diese Stellen findet man überall schwarzrotes in in die Gewebe ausgetretenes Blut." (Nr. 25). . . . . „Löst man die Speiseröhre von der darauf liegenden Luftröhre ab, so findet man, daß die erwähnten Blutergüsse sich zu beiden Seiten bis fast zum Brustkorbeingang herunter erstrecken." (Nr. 26).

„Sodann werden die Muskeln von der Vorderfläche des Kehlkopfes und Luftröhre abpräpariert und dabei festgestellt, daß an dieser Stelle keine Blutergüsse vorhanden sind." (Nr. 27).

„Sodann wird die Luftröhre an ihrer Hinterwand von unten nach oben durchschnitten und schließlich auch der Kehlkopf an seiner Hinterwand vorsichtig durchtrennt, wobei festgestellt wird, daß weiter keine fremde Körper in den Luftwegen vorhanden sind. Unter der Schleimhaut des Kehlkopfes sowohl, wie im Bereiche der falschen und wahren Stimmbänder, sowie im obersten Teile der Luftröhre an ihrer Vorderfläche finden sich, wie durch mehrfache Einschnitte festgestellt wird, flächenhafte Austretungen von schwarzem, geronnenem Blut Wegen dieser Blutergüsse und Schwellungen läßt sich mit Sicherheit nicht feststellen, ob an den Stimmbändern noch anderweitige Veränderungen älteren Datums vorhanden sind' (Nr. 28).

„Die Schleimhaut der Luftröhre ist geschwollen und hochrot gefärbt" (Nr. 28).

Da am Tage der Leicheneröffnung noch kein einziger Zeuge vernommen war, so konnten wir nur ein vorläufiges Gutachten dahin abgeben:

1. „Der Tod ist durch Erstickung erfolgt.
2. Die Erstickung ist herbeigeführt durch ein Stück Kautabak, welches den Kehldeckel nach abwärts gedrückt und damit die Luftzufuhr zum Kehlkopfe abgeschnitten hat."

Wir behielten uns mündlich dem die Verhandlung leitenden Polizeidirektor Dr. Gerland gegenüber die Erstattung eines besonderen, mit Gründen versehenen Gutachtens vor und gaben demselben gleichzeitig Anhaltepunkte, nach welchen wir die Zeugen zu vernehmen ihm anheimgaben. Letzteres ist geschehen, während ein Gutachten weder von der Berufsgenossenschaft, noch vom Schiedsgerichte von uns gefordert worden ist. Erstere wies die Ansprüche der Witwe des Verletzten unter Hinweis auf den Sektionsbefund und unser vorläufiges Gutachten ab, das Schiedsgericht dagegen erkannte sie in seiner Sitzung am 29. August 1904 an, im wesentlichen auf Grund eines vom Prof. D. in G. unter dem 10. August 1904 erstatteten Gutachtens.

Gutachten.

Die Leicheneröffnung hat zunächst unzweifelhaft alle Zeichen des Erstickungstodes ergeben.

Als Ursache für diese Erstickung sind ebenso unzweifelhaft die Blutungen an der Hinterfläche des Kehlkopfes, welche vom Schlund bis zum Eingang in den Brustkorb sich erstreckten, und die Schwellungen der Schleimhaut im Bereiche von Kehldeckel und Kehlkopf anzusehen (Protokoll Nr. 25 und 26). Es fragt sich nur, worauf diese Veränderungen in letzter Linie zurückzuführen sind.

Wenn man berücksichtigt, daß die Haut an der Vorderfläche des Halses (Nr. 10) unverletzt, daß an den Muskeln, Nerven und großen Gefäßen an der Vorderfläche des Halses nichts krankhaftes vorhanden war (Nr. 22) und daß auch in den Muskeln an der Vorderfläche des Kehlkopfes und der Luftröhre keine Blutergüsse vorhanden waren (Nr. 27), so läßt sich daraus nur der Schluß ziehen, daß tatsächlich irgend eine Gewalteinwirkung die vordere Halsfläche direkt nicht getroffen haben kann. Denn bei der bekannten Brüchigkeit der Blutgefäße einerseits und andrerseits dem Fehlen des Fettpolsters im Greisenalter pflegen Blutergüsse schon bei ganz geringfügigen Anlässen aufzutreten und sich auf weite Strecken hin im lockeren Bindegewebe zu verteilen. Man hätte also im vorliegenden Falle gerade in den Weichteilen an der Vorderfläche des Halses ausgedehnte Blutungen unbedingt erwarten müssen, wenn an dieser Stelle eine Gewalt eingewirkt hätte. Das war nicht der Fall.

Dagegen fand sich an derjenigen Stelle, an welche verschluckte Fremdkörper erfahrungsgemäß am häufigsten zu geraten pflegen, nämlich in der Grube zwischen Zungengrund und Kehldeckel, ein ziemlich beträchtliches Stück Kautabak quer eingekeilt vor, das den Kehldeckel nach abwärts gedrückt hatte (Nr. 22). Die feinen Schleimhautgefäße waren gerade in dieser Grube zu ganz abnormer Weite ausgedehnt und stark mit Blut gefüllt (Nr. 24). Weiter abwärts fanden sich die bereits erwähnten Blutungen zwischen Luft- und Speiseröhre. Da ferner bei der sorgfältigsten Präparierung und Zerschneidung des Kehlkopfes nirgends Verletzungen desselben zu entdecken waren (No. 28), so konnte nach dem damaligen Stande der Erhebungen unser vorläufiges Gutachten nur dahin abgegeben werden, daß durch das verschluckte Stück Kautabak Weichteilschwellungen und Blutungen im Kehlkopfbereiche eingetreten und hierdurch die Erstickung des p. B. herbeigeführt sei.

Durch die inzwischen vorgenommenen Zeugenvernehmungen erscheint der Fall allerdings in etwas anderem Lichte. Es mag zunächst dahin gestellt sein, ob der Verstorbene bereits vor dem Unfalle eine heisere Sprache gehabt hat oder nicht. Bei der letzteren Annahme müßte das Auftreten der Heiserkeit unmittelbar nach dem Unfalle, als der Zeuge B. ihm einen Notverband anlegte, bereits als das erste Zeichen einer eingetretenen Schädigung des Kehlkopfinnern verwertet werden. Sicher ist, daß eine viertel oder halbe Stunde später der p. B. Blut gespuckt hat und kaum noch sprechen konnte. Von hier ab steigerte sich die Atemnot immer mehr und führte binnen drei Stunden nach dem Falle auf die Schiebkarre zum Tode. Es lassen sich also die Zeichen der Erstickung bis fast zu dem Zeitpunkte zurückdatieren, in dem der angebliche Betriebsunfall stattgefunden hat.

Man wird also zu prüfen haben, ob die ersten Erscheinungen der Erstickung hervorgerufen sein können:

a) entweder durch Verschlucken eines Stückes Kautabak oder
b) durch irgend eine Verletzung im Bereiche des Kehlkopfes

in jedem Falle unter der Voraussetzung, daß dieses Ereignis etwa eine viertel oder halbe Stunde früher eingetreten ist.

In dem ersteren Falle treten nach den Erfahrungen der Wissenschaft meist sofort, sehr beängstigende Erscheinungen auf. Der Mensch fühlt im Moment des Verschluckens, daß der Fremdkörper im Schlunde sitzen bleibt, er hat das Gefühl eines heftigen Druckes auf den Kehlkopf, er glaubt zu sticken, beginnt zu schlingen und zu würgen und befördert dadurch den Fremdkörper nach oben oder nach unten und atmet in dem Gefühl der überstandenen Gefahr und Angst erleichtert auf. Doch nicht immer endet die Szene so glücklich. In einer ganzen Reihe von Fällen keilt sich der Fremdkörper so unglücklich zwischen Zungengrund und Kehldeckel ein, daß der Mensch binnen wenigen Minuten stirbt, und Uneingeweihte an den Eintritt eines Schlaganfalles glauben. Endlich können aber auch die Erstickungserscheinungen sich ganz allmählich so steigern, daß der Tod erst nach Ablauf längerer Zeit eintritt.*)

Nur die letztere Annahme würde nach der Krankengeschichte im vorliegenden Falle zu erörtern sein. Es paßt in das Krankheitsbild allerdings die zunehmende Atemnot des p. B. Dagegen sollte man erwarten, daß er bei dem fortwährenden Blutspucken und dem Erbrechen von Speiseteilen bei der Ankunft im Krankenhause vielleicht doch das Tabakstück hätte herausbefördern müssen. Gelang ihm dies aber aus irgend welchen unbekannten Gründen nicht,

so muß man mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, daß das Verschlucken des Kautabaks mindestens zeitlich mit dem fraglichen Unfalle zusammenfällt, wahrscheinlich aber auch mit dem Sturze in unmittelbarem Zusammenhange gestanden hat, denn es entspricht der allgemeinen Erfahrung, daß Menschen, die irgend welche Gegenstände in der Wangentasche tragen, diese bei einem unerwarteten Falle verschlucken und in die Luftwege ansaugen können.

Gehen wir von der anderen Annahme aus, daß der Tod des p. B. durch irgend eine Verletzung im Bereiche des Kehlkopfes hervorgerufen sei, so würde das zur Voraussetzung haben, daß dem Stücke Kautabak keinerlei Bedeutung beizumessen sei. In der Tat können Fremdkörper, welche anfangs im Munde einer Leiche gelegen haben, infolge der mancherlei Hantierungen, welche mit ihr beim Einsargen, Sezieren usw. vorgenommen werden, in die tieferen Teile rutschen und in der Grube zwischen Zunge und Kehldeckel liegen bleiben. Es würde dieser Befund dann als eine reine Leichenerscheinung aufzufassen sein, und die bei dem p. B. nachgewiesenen Blutungen müßten eine andere Ursache haben.

Daß ein Bruch des Kehlkopfes vorgelegen haben und von uns übersehen sein soll, halte ich für ausgeschlossen. Denn einmal fahndeten wir, wie aus dem Wortlaute des Sektionsprotokolles hervorgeht, von vornherein auf „eine Verletzung der Luftwege“ und haben deshalb mit ganz besonderer Sorgfalt gerade diese Organe eingehend besichtigt und durch zahlreiche Einschnitte untersucht. Ferner fehlten, wie oben hervorgehoben, jegliche Blutungen an der Vorderfläche des Kehlkopfes und endlich auch ein Zeichen, welches bei Kehlkopfbrüchen fast regelmäßig angetroffen wird, nämlich das sogenannte Zellgewebsemphysem, d. h. ein Austritt von Luftblasen in das Bindegewebe.

Dazu kommt, daß nach dem Sektionsbefunde, wie oben erwähnt, angenommen werden muß, daß eine Gewalt die vordere Halsfläche direkt überhaupt nicht getroffen hat. Trotzdem will der Zeuge B. von dem Verstorbenen erfahren haben, er sei „mit dem Kehlkopfe“ auf das Vorderbrett des Schubkarrens gefallen. Auffällig ist dann entschieden, daß er sich an Stirn und Backenknochen Verletzungen zuzog, aber gerade in der Kehlkopfgegend nicht. Der Widerspruch würde vielleicht durch die Annahme behoben werden können, daß möglicherweise die Wucht des Falles durch Kleidungsstücke (Halstuch, Kragen oder dergl.) pariert wurde. Dann würde es denkbar sein, daß — wenn auch kein Bruch des Kehlkopfes, so doch — Blutungen an der Hinterwand desselben entstanden, während an der Haut und den Weichteilen der vorderen Halsgegend Verletzungsspuren vermißt wurden. Es ist das bei den eigentümlichen Gefäßverhältnissen dieser Gegend, wie gleich erörtert werden soll, immerhin möglich.

Nun hat mich aber das Studium der einschlägigen Literatur, zu dem mich der vorliegende Fall anregte und verpflichtete, gelehrt, daß in seltenen Fällen Kehlkopfverletzungen auch entstehen können, ohne daß die einwirkende Gewalt die vordere Halsgegend direkt trifft.*) Beim starken Zurücklegen des Kopfes wird nämlich der Kehlkopf der Wirbelsäule genähert und stark gegen sie gedrängt. Da nun normalerweise die hintere Kehlkopfwand und die Grube zwischen Zunge und Kehldeckel von einem sehr engmaschigen und blutreichen Netze von Blutgefäßen**) versorgt wird, welche in ein außerordentlich lockeres und dehnbares Bindegewebe eingelagert sind, so ist es bei der erwähnten Brüchigkeit der Blutgefäße im Greisenalter einigermaßen verständlich, daß Gefäßverletzungen auch schon bei einer weniger starken Gewalteinwirkung zu stande kommen können, sei es nun, daß letztere durch irgend welche Gegenstände z. B. Kleidungsstücke pariert wird oder daß bei einem Fall auf den Kopf mit stark rückwärts geneigter Halswirbelsäule der Kehlkopf gegen letztere gepreßt wird. Hat sich ein Bluterguß an dieser Stelle aber erst einmal gebildet, so breitet er sich rasch in den lockeren Maschen des Zellgewebes aus und kann zur Erstickung führen.

Wie p. B. gefallen ist, ist nicht festgestellt. Indessen sprechen die beiden an Nasenwurzel und Backenknochen gefundenen Wunden nicht gegen die Annahme, daß er mit rückwärts geneigtem Kopfe zu Fall gekommen sein kann.

Es besteht mithin die Möglichkeit, daß die Weichteilschwellungen mit hinzugetretenen Blutergüssen bei

---

*) König. Die Krankheiten des Schlundes in Pitha-Billroths Handbuch der Chirurgie, III. Bd.

*) v. Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, VII. Auflage, Seite 471. Wien 1895.

**) Merkel, Handbuch der topographischen Anatomie, Bd. II, Seite 86 und 87.

dem Verstorbenen infolge des fraglichen Sturzes den Verschluß des Kehlkopfeinganges bewirkt haben.

Aus diesen Darlegungen geht hervor, daß man bei beiden Annahmen zu einem für die Hinterbliebenen des p. B. günstigen Ergebnisse kommt, wobei allerdings die Entscheidung der Frage, ob das Verschlucken eines Stückes Kautabak als ein Betriebsunfall anzusehen ist, nicht Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen sein kann.“ —

Auf Grund dieses Gutachtens hat das Reichsversicherungsamt in seiner Sitzung vom 30. März 1905 den Rekurs gegen das Urteil des Schiedsgerichtes zurückgewiesen und die Berufsgenossenschaft zur Zahlung des Sterbegeldes und der Hinterbliebenenrente verurteilt.

Über das Verfahren vor Schiedsgericht und Reichs-Versicherungsamt bei Streitigkeiten über Unfallentschädigungen.

(Vortrag des Geschäftsführers Gorella, gehalten in der Freien Vereinigung von Ärzten und Beamten der Arbeiterversicherung in Berlin.)

Die großen Fortschritte, welche die Industrie in der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts machte, brachten auch eine erhebliche Vermehrung der Unfälle in gewerblichen Betrieben. Die aus dem Betriebsunfall entstehende Notlage für die meist den besitzlosen Klassen der Bevölkerung angehörenden Verunglückten oder deren Hinterbliebenen hatte schon seit dem Jahre 1868 zu der Prüfung Anlaß gegeben, ob und wie eine Abhilfe geschaffen werden könnte. Als Versuch einer Abhilfe kann man das sogenannte Haftpflichtgesetz vom 7. Juli 1871 bezeichnen. Sehr bald stellte sich die Unzulänglichkeit dieses Gesetzes heraus. Die dem Verunglückten (oder dessen Hinterbliebenen) auferlegte schwierige Beweislast machte die gewünschten Wohltaten des Gesetzes in den meisten Fällen hinfällig; die auf eigenes Verschulden der Bediensteten oder ihrer Mitarbeiter zurückführbaren Unfälle schieden für die Ersatzpflicht des Betriebes von vornherein aus; häufige Zahlungsunfähigkeit des Ersatzpflichtigen nach vom Verletzten durchgeführtem Prozesse vereitelte den Erfolg des Entschädigungsanspruchs. Eine weitere, die berechtigten Ansprüche des Verunglückten nicht selten sehr beschränkende Geschäftspraxis bildete sich bei den nach dem Inslebentreten des Haftpflichtgesetzes in großer Zahl entstandenen Unfall- bzw. Haftpflichtversicherungsgesellschaften aus, indem diese meistens ohne richterliche Feststellung der Schadensersatzpflicht Zahlung versagten, falls nicht der Verletzte mit einem zu seinem berechtigten Schadensersatzanspruche in keinem Verhältnis stehenden Minimum einer Entschädigung im Vergleichswege sich zufrieden gab.

Infolge dieser Übelstände nahmen die Prozesse aus dem Haftpflichtgesetz immer mehr zu und das Verhältnis zwischen Betriebsunternehmer und Beschäftigten verschlechterte sich von Jahr zu Jahr. Die Erkenntnis, daß es die Pflicht des auf der Basis des Christentums stehenden modernen Staates sei, durch positive Maßregeln für die wirtschaftlich Schwachen, die im Kampfe mit den durch Einführung der Maschinen sich immer mehr vergrößernden Gefahren ihrer gewerblichen Tätigkeit unterliegen und ihre Erwerbsquelle wie Arbeitsfähigkeit ganz oder zum Teil einbüßen, ausreichend zu sorgen und sie vor der öffentlichen Armenpflege zu bewahren, führte dann dazu, den zivilrechtlichen Grundsatz des Schadensersatzes aufzugeben und an dessen Stelle eine auf dem Boden der öffentlich rechtlichen Fürsorge für die durch Betriebsunfälle Verletzten und deren Hinterbliebene zu setzen.

Nach zwei vergeblichen Versuchen in den Jahren 1881 und 1882 wurde im Jahre 1884 das erste Unfallversicherungsgesetz vom deutschen Reichstag angenommen, nachdem schon am 15. Juni 1883 ein Gesetz für die öffentlich-rechtliche Krankenversicherung verabschiedet worden war. Mit diesem ersten noch in keinem anderen Staatswesen gemachten Versuch stellten sich die gesetzgebenden Körperschaften und das deutsche Unternehmertum eine Aufgabe, für deren Erfüllung ihnen die positiven Unterlagen nahezu ganz fehlten und von der sie infolgedessen nicht wußten, ob sie unausgesetzt in der Lage sein würden, die allein auf die Schultern der Arbeitgeber gelegten großen Lasten zu tragen.

In rascher Folge wurden die vom U. V. G. vom 6. Juli 1884 noch nicht erfaßten Kreise, wie das Transportgewerbe, die Schiffahrt auf den Binnengewässern, die Post, Telegraphie, Eisenbahn, das Bauunternehmertum, die Landwirtschaft und die Seeschiffahrt durch die weitere Gesetzgebung der öffentlich rechtlichen Unfallversicherung unterstellt, so daß am 1. Januar 1888 der Ausbau der öffentlich rechtlichen Unfallfürsorge für das Deutsche Reich zunächst vollendet war.

Zu Trägern der Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften gebildet worden, denen die Aufgabe zugewiesen wurde, für die Verunglückten und deren Hinterbliebenen nach des Gesetzes Bestimmung Fürsorge zu üben, d. h. die zu gewährenden Unfallentschädigungen festzusetzen und von den Arbeitgebern die Mittel dafür einzuziehen. Den versicherten Arbeitnehmern wurde die kostenlose Inanspruchnahme eines Rechtszuges in zwei Instanzen (Schiedsgericht und Reichs-Versicherungsamt) in weitgehendem Maße zugesichert.

So hofften alle an der Ausführung dieser Gesetzgebung beteiligten Faktoren, daß durch sie eine Besserung der sozialen Verhältnisse in den arbeitenden Klassen sich bald zeigen, namentlich aber die aus den früheren die Arbeiter verbitternden Haftpflichtprozessen entstandene Unzufriedenheit nachlassen würde.

Die Anwendung der verschiedenen Versicherungsgesetze im Laufe einer Reihe von Jahren zeigte schließlich die Notwendigkeit einer Revision der gesetzlichen Vorschriften in manchen Beziehungen, und so wurden im Jahre 1900 durch die gesetzgebenden Körperschaften umfassende Änderungen vorgenommen, durch welche die vier jetzt geltenden Unfallversicherungs-Gesetze, nämlich

1. das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz,
2. das Unfallversicherungsgesetz für die Land- und Forstwirtschaft,
3. das Bau-Unfallversicherungsgesetz,
4. das See-Unfallversicherungsgesetz

und das sogenannte Mantel- oder Hauptgesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 zustande kamen. Neben mehrfachen Erweiterungen der den Verunglückten und deren Hinterbliebenen zu gewährenden Unfallfürsorge brachten diese neuen Gesetze eine einschneidende weder von den Versicherungsträgern noch von den Versicherten gewünschte Änderung auf dem Gebiete der Rechtsprechung bei Streitigkeiten über Unfallentschädigungen.

Bei Einführung der öffentlich-rechtlichen Unfallversicherung wurde nämlich die Rechtsprechung über die zu zahlende Unfallentschädigung den ordentlichen Gerichten abgenommen und besonderen Schiedsgerichten überwiesen. Jede Berufsgenossenschaft und Ausführungsbehörde erhielt für bestimmte Bezirke oder für jede Sektion je ein Schiedsgericht, welches unter dem Vorsitze eines öffentlichen Beamten in der Regel unter Mitwirkung von zwei Arbeitgebern und zwei Arbeitnehmern aus dem Kreise der Mitglieder bzw. Versicherten der Berufsgenossenschaft für welche das Schiedsgericht gebildet war, erstinstanzlich Recht zu sprechen berufen war.

Das Schiedsgericht war nur beschlußfähig, wenn außer dem Vorsitzenden eine gleiche Anzahl von Arbeitgebern und Arbeit-

nehmern und zwar mindestens je einer als Beisitzer mitwirkten. Die Entscheidungen erfolgten nach Stimmenmehrheit.

Für das Verfahren vor den Schiedsgerichten ist eine mit Zustimmung des Bundesrats erlassene Kaiserliche Verordnung maßgeblich.

Die Besetzung der Schiedsgerichte mit Beisitzern aus derselben Berufsgenossenschaft, bei welcher der rechtsuchende Verunglückte versichert war, sollte eine besondere Garantie dafür bieten, daß die besonders wichtige Berufungsinstanz bei Feststellung der Entschädigungen aus Anlaß eines Unfalls, sowohl was deren Höhe als auch was den Entschädigungsanspruch im Prinzip anbetrifft, vermöge der fachmännischen Kenntnisse und Urteilsfähigkeit, welche bei den Beisitzern vorausgesetzt wurden, in der Hauptsache das Richtige finden würde, damit die verunglückten Arbeiter oder deren Hinterbliebenen zu ihrem Rechte kämen, wenn sie mit den Feststellungen der Genossenschaftsorgane nicht zufrieden seien. So ungefähr sprachen sich die Motive für das Unfallversicherungsgesetz vom 7. Juli 1884 über die damals zu errichtenden Schiedsgerichte aus.

In der Praxis zeigte es sich jedoch bald, daß die gute Absicht des Gesetzgebers, die Schiedsgerichte mit fachmännisch gleichmäßig vorgebildeten Beisitzern zu besetzen, durchweg nicht erreichbar war. Denn einmal waren innerhalb derselben Berufsgenossenschaft die verschiedensten Berufstätigkeiten vertreten, z. B. bei der Nahrungsmittelindustrie - B.G. Fleischer, Bäcker, Schaum- und Obstweinfabrikanten, Badeanstalten u. a. m., zum anderen war das Wahlverfahren insbesondere für die Beisitzer aus den Kreisen der Arbeitnehmer so schwerfällig, daß auf den Beruf oder das Gewerbe des zu wählenden Beisitzers kaum Rücksicht genommen werden konnte.

Es kam dann hinzu, daß diese Schiedsgerichte zumteil ungenügende Beschäftigung hatten, so daß die Erledigung der in geringer Zahl anhängigen Berufungen oft sehr lange dauerte, da der Vorsitzende wegen der oft sehr beträchtlichen Reisekosten der Beisitzer sich scheute, wegen einer oder zweier Berufungen alsbald das Schiedsgericht zusammentreten zu lassen.

Wohl oder übel entschloß sich also der Gesetzgeber, bei der Revision der Unfallversicherungsgesetze im Jahre 1900 die bisherigen berufsgenossenschaftlichen Schiedsgerichte aufzuheben und die Entscheidung von Streitigkeiten über Entschädigungen auf Grund der verschiedenen Unfallversicherungsgesetze den gemäß §§ 103 ff. des Invalidenversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten vom 1. Januar 1901 ab zu übertragen. Diese führen fortan die Bezeichnung: „Schiedsgericht für Arbeiterversicherung“ mit Angabe des Bezirkes seiner Wirksamkeit und des Sitzes seiner Tätigkeit. Die Besetzung dieser Schiedsgerichte ist im wesentlichen dieselbe wie früher, nämlich: ein öffentlicher Beamter als ständiger Vorsitzender, je zwei Arbeitgeber und Arbeitnehmer als Beisitzer. Das Schiedsgericht darf nur bei vollständiger Besetzung tagen, was offenbar keine Verbesserung ist. Die Zahl der Schiedsgerichte ist auf diese Weise sehr erheblich vermindert worden; für viele Berufsgenossenschaften sind aber daraus nicht zu verkennende Schwierigkeiten erwachsen, weil sie zum Teil gar nicht mehr in der Lage sind, zu den Verhandlungsterminen an weit entlegenen Orten Vertreter zu entsenden.

Daß noch weitere Übelstände innerhalb dieser neuen Schiedsgerichtsorganisation bestehen, die zu großen Mißhelligkeiten Anlaß bieten, ist bereits anerkannt und öffentlich zum Ausdruck gebracht auf dem vorjährigen Berufsgenossenschaftstage in Eisenach.

Eine wesentliche Neuerung für das Verfahren vor den Schiedsgerichten brachte der § 8 des Hauptgesetzes, welcher lautet:

> Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahrs in seiner ersten Spruchsitzung, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundesstaat zuständigen Ärztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden approbierten Ärzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgericht in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaft zu gewähren. Die Namen der gewählten Ärzte sind öffentlich bekannt zu machen.
>
> Im übrigen wird die Durchführung dieser Bestimmung durch die Landes-Zentralbehörde geregelt.

Dieser Paragraph ist von der Reichstagskommission s. Z. und zwar einstimmig beschlossen worden. Aus dem Kommissionsbericht sei hier als Begründung für deren Beschluß das Folgende erwähnt:

> Wenn auf die heute schon bestehende Freiheit des Schiedsgerichts, in jedem Falle einen Arzt zuzuziehen, als ausreichend hingewiesen wurde, so übersehe man, daß die ärztliche Begutachtung viel ausgiebiger zu Rate gezogen werde, wenn sie für das Spruchkollegium stets bereit stehe. In der Erkenntnis, wie sehr hierdurch eine gründliche und schnelle Behandlung der Streitfälle gefördert werde, sei heute schon bei einigen größeren Schiedsgerichten die Praxis eingeführt, zu den Sitzungen regelmäßig einen Arzt zuzuziehen. Im übrigen stehe gar nichts entgegen, daß das Schiedsgericht für den einzelnen Fall statt des Vertrauensarztes oder neben demselben einen anderen Arzt insbesondere einen Spezialisten höre . . . . .
>
> Der Paragraph werde voraussichtlich die Folge haben, daß sich noch mehr wie bisher ein Stamm von in der sozialen Heilkunde besonders erfahrenen Ärzten bilden werde, was bei der wachsenden Bedeutung dieses neuen Zweiges der ärztlichen Wissenschaft gewiß freudig zu begrüßen sei.
>
> An diese Ärzte, welche vermöge ihrer Stellung und ihrer Erfahrung bei den Schiedsgerichten einer besonderen Autorität sich erfreuen dürften, könne sich auch der Verletzte einmal wenden, wenn er das Bedürfnis empfinde, sich auf seine Kosten ein vollgewichtiges Gutachten zu beschaffen. Es sei ja wohl zu erwarten, daß die schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte sich einer solchen außerhalb ihrer Tätigkeit beim Schiedsgericht liegenden Inanspruchnahme nicht entziehen würden. Gerade damit werde der so vielfach beklagten, in ihren Gründen bei der Verhandlung von 1897 näher dargelegten Kalamität abgeholfen, daß es für den Verletzten in sehr vielen Fällen nicht möglich sei, sich ein Gutachten von wirklichem Gewicht zu beschaffen.

Der oben vorgetragene § 8 des Hauptgesetzes ist aber auch einer seit langen Jahren erhobenen Forderung aus ärztlichen Kreisen gerecht geworden, die stets darauf hinauslief, es möge in der Rechtsprechung über Unfallsachen der Arbeiter dem sachverständigen Arzte eine wenigstens beratende Stimme gesichert werden. Wenn auch jetzt der Vertrauensarzt des Schiedsgerichts an dessen geheimer Beratung nicht teilnehmen kann und darf, so übt er doch tatsächlich die beratende Stimme aus, indem er, wie der Gesetzgeber es beabsichtigt hat, in öffentlicher Sitzung des Schiedsgerichts die Klagen des Berufungsklägers hört, auf Veranlassung des Schiedsgerichts die schon vorliegenden ärztlichen Gutachten bezüglich des darin geschilderten objektiven Befundes durch eine körperliche Untersuchung des Verletzten nachprüft, den Richtern etwa unverständliche fremdsprachliche Bezeichnungen bestehender Leiden

übersetzt und erklärt, auch Übertreibungen oder beabsichtigte Täuschungen vor den Augen des Richterkollegiums aufdeckt und so für die schließliche geheime Abstimmung und das Urteil wohl meist den Ausschlag gibt.

Die schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte sind auch nicht selten berufen, die Gutachten der Ärzte, welche die Rentenbewerber an den Unfallfolgen behandelt haben und nach Vorschrift des § 69 Abs. 4 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes und der gleichlautenden Bestimmungen der sonstigen Unfallversicherungsgesetze dann, wenn die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente festgestellt werden soll, gehört werden müssen, zu berichtigen; denn, wie häufige Beispiele zeigen, sind in der Unfallpraxis wenig bewanderte praktische Ärzte des flachen Landes insbesondere bei der wirtschaftlichen Bewertung verbliebener Unfallfolgen nur allzusehr geneigt, den Übertreibungen der Verletzten vollen Glauben zu schenken und demzufolge den Grad der Einbuße an Erwerbsfähigkeit zu hoch einzuschätzen. Die Einführung der schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte in der Form, daß sie, wie es jetzt bei den preußischen Schiedsgerichten vorgeschrieben ist, zur Schiedsgerichtssitzung hinzugezogen werden und wenn tunlich sogleich ihr Gutachten abgeben, übt auch auf die Schnelligkeit und Verbilligung des ganzen schiedsgerichtlichen Verfahrens einen nicht zu verkennenden günstigen Einfluß, was für alle Beteiligten nicht zu unterschätzen ist.

Während bis zum 1. Oktober 1900 die Unfallversicherungs-Schiedsgerichte nur über die Berufungen der Verunglückten oder deren Hinterbliebenen zu entscheiden hatten, sind den jetzigen „Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung" erweiterte Aufgaben gestellt. Der schiedsgerichtlichen Entscheidung unterliegen zurzeit:

1. die Berufung gegen den Bescheid, durch welchen die Entschädigungsansprüche abgelehnt werden;
2. die Berufung gegen der Bescheid, durch welchen die Entschädigung festgestellt wird;
3. die anderweite Feststellung der Unfallentschädigung, wenn seit der Rechtskraft der erstmaligen Rentenfestsetzung oder Entscheidung schon fünf Jahre verflossen, und inzwischen wesentliche Veränderungen in den dafür maßgeblich gewesenen Verhältnissen zum Besseren oder Schlechteren eingetreten sind, auf Antrag der Berufsgenossenschaft oder des Entschädigungsberechtigten;
4. die aus dem Invalidenversicherungsgesetz sich ergebenden Streitigkeiten zwischen Versicherungsanstalt und Versicherten.

Von Jahr zu Jahr nimmt die Tätigkeit der Schiedsgerichte zu, wie die Tabellen zu den Geschäftsberichten des R. V. A. zeigen; die zu bearbeitenden Berufungen beliefen sich im Jahre 1886 nur auf 2453, im Jahre 1890 wurden schon 17785 gezählt, im Jahre 1900 waren es 55573 und das Jahr 1904 brachte es sogar auf 76816, wovon 48733 aus gewerblichen, 28083 aus landwirtschaftlichen Unfallversicherungssachen herrührten. Trotz dieser hohen Ziffern zeigt es sich, daß im prozentualen Verhältnis der Berufungen zu der Zahl der erlassenen berufungsfähigen Bescheide seit 1900 ein erheblicher Rückgang stattgefunden hat, denn auf je 100 berufungsfähige Bescheide entfielen eingelegte Berufungen:

im Jahre	überhaupt	Davon waren gewerbliche	Davon waren landwirtschaftliche Unfallsachen
1900	21,01	22,94	18,08
1901	16,89	20,71	12,94
1902	17,65	21,82	13,22
1903	17,61	21,92	13,17
1904	17,35	21,73	12,91

Hierbei ist aber nicht außer acht zu lassen, daß während der letzten vier Jahre eine nicht unerhebliche Zahl von Anträgen auf anderweite Rentenfestsetzung bei den Schiedsgerichten gestellt worden ist, nämlich 1901: 6179, 1902: 9291, 1903: 11035, 1904: 12401; wenn aber darüber wie früher zunächst durch berufungsfähigen Bescheid bei der Berufsgenossenschaft entschieden worden wäre, so hätte sich die prozentuale Zahl der Berufungen sicher auch stetig vermehrt.

Die hohe Zahl der Berufungen und die Tatsache, daß nur 26 bis 28 Prozent als völlig oder teilweise begründet erachtet werden konnten, zeigt, daß die gute Absicht des Gesetzgebers, durch Einführung der öffentlich-rechtlichen Unfallversicherung eine Verminderung der Streitigkeiten über Unfallentschädigungsansprüche herbeizuführen, bisher nicht erfüllt worden ist.

Im Gegenteil läßt sich behaupten, daß die Prozeßsucht bei den Versicherten sehr erheblich zugenommen hat, was auch leicht erklärlich ist, da der Versicherte bei völlig freiem Verfahren vor Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt durch Inanspruchnahme der Instanzen nichts zu verlieren, wohl aber etwas zu gewinnen die Hoffnung hat. Man kann es den Versicherten daher kaum verargen, daß sie von ihrem gesetzlichen Recht der Berufung und des Rekurses weitgehenden Gebrauch machen.

Die Entscheidungen der „Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung" haben seither für die Parteien in erheblich mehr Fällen Anlaß zur Rekursbeschwerde gegeben als die der früheren berufsgenossenschaftlich begrenzten Schiedsgerichte; die Zahl der eingelegten Rekurse ist seit 1900 von damals 11048 auf 16473 in 1904 gestiegen; es entfallen auf je 100 rekursfähige Schiedsgerichtentscheidungen in 1900 nur 26,68, dagegen 1901: 31,21, 1902: 30,72, 1903: 29,32, 1904: 28,45; diese seit 1902 wieder fallende Skala der vermehrten Rekurse zeigt deutlich, daß die vom 1. Januar 1901 mit der Rechtsprechung in Unfallversicherungssachen betrauten „Schiedsgerichte der Arbeiterversicherung" erst allmählich sich in die Gesetzesauslegung und bisherige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts einzuleben hatten. Bedauerlicherweise wird aber bei der fortwährenden Änderung in den Personen der Schiedsgerichtsbeisitzer noch für lange Zeit die wünschenswerte Stetigkeit in der Beurteilung der Streitfragen durch die Schiedsgerichte nicht erreicht werden.

Das Reichsversicherungsamt hatte daher auch Anlaß, von den seiner Entscheidung unterbreiteten Schiedsgerichtsentscheidungen eine große Zahl — im Jahre 1904 4355 gegen 3088 in 1900 — völlig oder teilweise abzuändern; insbesondere waren es die von den Berufsgenossenschaften eingelegten Rekurse, welche zur Abänderung der Vorentscheidung führten. Während in 1900 nur 46,3% dieser Rekurse Erfolg hatten, führten in 1904 51,6% zu einem solchen, dagegen waren von den Rekursen der Versicherten in 1904 nur 22,3% begründet und 77,7% unbegründet.

Das Rekursverfahren vor dem Reichsversicherungsamt wird jetzt in 22 Senaten durchgeführt. Jeder Senat besteht aus: dem Senatsvorsitzenden, einem Bundesratsbevollmächtigten und einem oder zwei Räten des Amts, zwei richterlichen Beisitzern, einem Arbeitgeber und einem Versicherten, so daß stets nach mündlicher Verhandlung durch sieben Richter die Entscheidung über die zulässigen Rekurse gegen die Urteile der Schiedsgerichte gefällt wird; über offenbar unzulässige Rekurse erfolgt nach § 16 Abs. 2 des Hauptgesetzes die Entscheidung ohne mündliche Verhandlung in der Besetzung mit drei Mitgliedern, unter denen sich je ein Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten befinden muß.

Will ein Senat des Reichsversicherungsamts in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von der Entscheidung eines anderen Senats abweichen, so ist seit 1. Oktober 1900 die Sache zur Entscheidung an einen erweiterten Senat zu verweisen. Dieser entscheidet unter dem Vorsitze des Präsidenten des Reichsversicherungsamts in der Besetzung mit zwei nichtständigen aus den vom Bundesrat gewählten Mitgliedern, zwei ständigen

Mitgliedern, zwei richterlichen Beamten und je zwei Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer; es wirken also in solchen Fällen elf Personen an der Urteilsfindung mit. Der erweiterte Senat hat nicht nur die streitige Rechtsfrage, sondern auch in der vorliegenden Rekurssache selbst zu entscheiden, zum Unterschiede von den übrigen Senaten, die bei nicht genügender Aufklärung des Tatbestandes oder bei offenbaren Verstößen der Vorinstanz gegen Gesetz oder Verordnung die Sache zur nochmaligen Prüfung und Entscheidung an das erkennende Schiedsgericht zurückverweisen dürfen.

Während die Kosten des Verfahrens vor den Schiedsgerichten einschließlich der Besoldung der Beamten mit Ausnahme des Vorsitzenden die Versicherungsträger aufzubringen haben, trägt die Kosten des Reichsversicherungsamts und des Verfahrens vor diesem das Reich.

Der Geschäftsgang und das Verfahren des Reichsversicherungsamts wie der Schiedsgerichte der Arbeiterversorgung sind durch kaiserliche Verordnung vom 19. Oktober bzw. 22. November 1900 geregelt. Soweit für besondere prozessuale Fragen in diesen Verordnungen Sonderbestimmungen nicht getroffen sind, kommt in gewissen Fällen die Civil-Prozeßordnung zur analogen Anwendung.

Am Ausbau des öffentlichen Rechts auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung wird seit nun mehr als 20 Jahren von allen dafür interessierten Staats- und Reichsbehörden einschließlich des Reichstags, den Versicherungsämtern, den Schiedsgerichten und dem Reichsversicherungsamt unausgesetzt gearbeitet, immer neue Fragen, insbesondere hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen bestehenden Leiden der Versicherten und behaupteten, oft weit zurückliegenden Unfällen, treten auf, die beantwortet werden müssen. Hier sind besonders die Herren Ärzte berufen, mit ihrer Wissenschaft und Erfahrung zu helfen, die Wahrheit zu erforschen und ohne Rücksicht auf die Person ihre unbeeinflußte Ansicht zum Ausdruck zu bringen.

Schwer sind die Lasten, welche dem deutschen Unternehmertum aus der öffentlich-rechtlichen Arbeiterversicherung erwachsen; allein für die Unfallversicherung sind im Jahre 1904 von den Versicherungsträgern 126768163 M. an Entschädigungen der Verletzten aufzubringen; dazu traten noch mindestens 35 Millionen für Verwaltung, Rechtsprechung und Reservefonds. Diese Summen haben aber nur die nicht selten mit Verlust arbeitenden Unternehmer zu zahlen. Es wäre daher grundfalsch, wenn der zur Sache gehörte ärztliche Sachverständige bei Abgabe seines Gutachtens sich von der Ansicht leiten lassen wollte, dem rentensuchenden Arbeiter müsse in jedem Falle zuerst geholfen werden; leider lassen nicht selten die in den Gutachten zum Ausdruck gebrachten Ansichten erkennen, wie sehr der Befragte bestrebt war, jede entfernte Möglichkeit heranzuziehen, um einen von vornherein aussichtslosen Fall für die Entschädigung reif zu machen oder die denkbar höchste Rente zuzusprechen.

Ich behalte mir vor, hierfür einige drastische Beweise zu erbringen.

Referate.

Allgemeines.

Der Arzt bei Privatversicherungen.

Von Prof. Dr. G. Florschütz, Gotha.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1905, Nr. 3.)

Die Beziehungen, in denen die Ärzte zu den privaten Versicherungen treten, sind dreifacher Art, nämlich einmal als Vertrauensärzte d. h. als vertragsmäßige Helfer zur Prüfung des Versicherungskandidaten, dann zweitens als gelegentliche aber direkte Auskunftgeber über von ihnen ärztlich beratene Versicherungsnehmer, endlich drittens indirekt als Aussteller des Krankheitsberichts über den in ihrer Behandlung verstorbenen Versicherten zu Händen der Hinterbliebenen zum Gebrauche für die Versicherungsgesellschaft.

Alle drei Funktionen betreffen das Ausstellen von Zeugnissen, auf welche die §§ 277, 278, 279 und 280 des Strafgesetzbuches Anwendung finden. Der § 277 lautet:

Wer unter der ihm nicht zustehenden Bezeichnung als Arzt oder als eine andere approbierte Medizinalperson oder unberechtigt unter dem Namen solcher Personen ein Zeugnis über seinen oder eines anderen Gesundheitszustand ausstellt oder ein derartiges echtes Zeugnis fälscht und dazu zur Täuschung von Behörden oder Versicherungsgesellschaften Gebrauch macht, wird mit Gefängnis bis zu 1 Jahr bestraft.

Der Paragraph stellt also den Gebrauch formell unechter Zeugnisse zum Zwecke der Täuschung über ihre formelle Unechtheit unter Strafe. Das Delikt kann von jedem beliebigem begangen werden. Die Strafandrohung soll den Behörden und Versicherungsgesellschaften eine gewisse Sicherheit dafür schaffen, daß die von Ärzten herrührenden echten Zeugnisse nicht verfälscht werden. Die Strafbarkeit setzt aber außer der Fälschung weiter voraus, daß von solchen fälschlich ausgestelltem oder verfälschtem Gesundheitszeugnis zur Täuschung von Behörden oder Versicherungsgesellschaften Gebrauch gemacht wird.

§ 278 lautet: Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauche bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängnis von 1 Monat bis zu 2 Jahren bestraft. Dieser Paragraph trifft die strafbare Handlung in einer materiell unrichtigen Beurkundung; sie kann nur von Ärzten begangen werden.

Der § 279 setzt eine Strafe für denjenigen, fest, der von einem Zeugnis der in §§ 277 und 278 bezeichneten Art Gebrauch macht, und der § 280 bestimmt dann noch, daß neben der Gefängnisstrafe auch auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann. Damit ist die Grundlage gegeben, weitere Verfahren gegen Ärzte auf Entziehung der Approbation und die Aberkennung der Doktorwürde anzuschließen. In der gesamten Literatur sind nur zwei Fälle bekannt, die, soweit Versicherungsgesellschaften in Frage kommen, die praktische Anwendung des § 278 gegen Ärzte erforderten.

Bei der ersten Gründung der Lebensversicherungsanstalten in Deutschland im Jahre 1827 waren hausärztliche Atteste und vertrauensärztliche Gutachten unbekannte Dinge. Anfangs genügten einfache ärztliche Zeugnisse, die der Versicherungsnehmer auf seine Kosten zu beschaffen hatte. Bei der großen Konkurrenz der Gesellschaften änderte sich dies aber bald. Die Gesellschaften sahen ein, daß sie sich auf solche Gutachten, die mehr den Charakter einer Parteischrift trugen, nicht verlassen konnten und sie schritten zu der Einrichtung der Agentur- oder Vertrauensärzte, deren erster Dr. Nagel-Berlin im Jahre 1839 von Gotha eingesetzt wurde. Anfangs wurden die Atteste in freier Fassung ausgestellt, erst in den sechziger Jahren kamen die Attestformulare auf, seit deren Einführung ein Jahrzehnte langer Kampf zwischen Ärzten und Lebensversicherungsgesellschaften sich entspann über die Frage der Ausstellung der hausärztlichen und vertrauensärztlichen Atteste, der auf den Ärztetagen der Jahre 1874 und 1895 seinen Abschluß fand. Den Hauptstreitpunkt bildete hierbei die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Im Auslande ist dieser Streit noch lange nicht beigelegt. In zwei Lager geteilt stehen z. B. in Frankreich, Belgien und den Niederlanden die Ärzte den Lebens-

versicherungen gegenüber, die einen, die Anhänger des secret medical in einem wenigstens etwas wohlwollenden, die anderen die Anhänger des secret absolu in einem absolut abweisenden Sinne. In Deutschland sind die Schwierigkeiten, welche sich bei der Ausstellung der hausärztlichen Atteste und dem § 33 des Strafgesetzbuches, die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses betreffend, ergaben, durch den Ärztetag von 1874 beseitigt, welcher in fünf Artikeln das Verhältnis der Hausärzte und ihrer Klienten zu den Lebensversicherungsgesellschaften regelte. Das wesentliche in diesem Übereinkommen ist, daß der Versicherungskandidat vorher die schriftliche Erklärung abzugeben hat, daß er mit der rückhaltslosen Auskunft über seinen Gesundheitszustand direkt an die Gesellschaft einverstanden ist. Die Gesellschaften behandeln die Atteste völlig vertraulich, weder Patient noch Agent erfährt etwas von demselben. Auch werden sie nicht mit anderen Versicherungsgesellschaften ausgetauscht.

Die Behandlung der vertrauensärztlichen Gutachten regelte der Ärztetag von 1895. Er bestimmte, daß die Vertrauensärzte nicht von den Agenten, sondern von den Gesellschaften direkt angestellt werden, empfahl die Untersuchung im Hause des Arztes und entwarf einheitliche Untersuchungsformulare. Mitteilungen über den Inhalt des Gutachtens werden weder dem Agenten noch dem Untersuchten gemacht, noch dürfen die vertrauensärztlichen Atteste unter den Lebensversicherungsgesellschaften gegenseitig mitgeteilt werden. Schließlich wird ein Mindesthonorar von 10 M. für das Attest festgesetzt und eine gemeinsame Kommission vom Geschäftsausschuß des deutschen Ärztevereinsbundes und den Vertretern der Lebensversicherungsgesellschaften eingesetzt zur Entscheidung gemeinsamer Fragen und strittiger Punkte.

Beide Abmachungen haben sich bis auf den heutigen Tag bewährt. Einfacher liegt die Sache für die letzte Art von Attesten für Lebensversicherungen, nämlich das Zeugnis des behandelnden Arztes, der den verstorbenen Versicherten ärztlich behandelte. Die Lebensversicherungen kümmern sich im strikten Gegensatz zu den hausärztlichen und vertrauensärztlichen Attesten um ihre Einziehung ebenso wenig, wie sie sie honorieren. Materiell interessiert ist an diesem Atteste nur der Erbe der Police, da er ohne dies Attest die Versicherungssumme nicht ausgezahlt bekommt. Sehr wichtig ist dies Attest indessen für die Lebensversicherungswissenschaft, da es das Schlußglied der Kette ihrer statistischen Aufzeichnungen darstellt, die ohne dies vollständig wertlos werden würden.

Schließlich kommen noch in Frage die Atteste für die privaten Unfallversicherungen und für die Invaliditätsversicherung. Die strafrechtlichen Gesichtspunkte sind für sie dieselben, wie bei der Lebensversicherung. Bei der Invaliditätsversicherung gibt es nur ein Attest und dieses ist entsprechend dem Sterbebericht für die Lebensversicherung ein reines Privatattest.

Die Verhältnisse der Ärzte mit den Unfallversicherungsgesellschaften regelte der Ärztetag von 1899 nach langen Verhandlungen, die das gewöhnliche Unfallattest auf eine verwandte Stufe mit dem hausärztlichen Attest der Lebensversicherungen stellen. Die Gesellschaften haben das Honorar für das Attest selbst zu zahlen und dürfen den Betrag nicht etwa wieder von dem Versicherten einziehen. Den Attesten liegen besondere Formulare zugrunde. Für Anfangs- und Schlußattest werden je 5 Mark, für Zwischenatteste je 3 Mark bezahlt. Vertrauensärztliche Atteste werden der freien Vereinbarung überlassen. Vielleicht wird noch eine Zeit kommen, wo auch hier der Ärztetag wird eingreifen müssen, wie er es bei der Lebensversicherung auch mußte. J. Meyer, Lübeck.

Chirurgie.

Mort par blessure accidentelle de l'œil sans lésions des paupières.

Von Socquet.

(Annales d'hygiène publique 1904 I.)

Socquet berichtet über einen interessanten Fall, in welchem der Tod einer Frau den Verdacht der Ermordung durch ihren Geliebten erweckt hatte. Die Frau besucht ihren Geliebten, der wegen einer Angina das Bett hütet; sie bittet ihn um ein Darlehen von 100 Francs. Der Freund streckt die Hand nach dem Nachttisch aus, der an der gleichen Seite des Bettes steht, an welcher die Dame sitzt, um ein Scheckformular zu entnehmen: dabei fällt vom Nachttisch ein Revolver zu Boden, der Revolver entlädt sich, und die Frau bricht, tödlich in den Kopf getroffen, zusammen. Soweit die Erzählung des Beschuldigten. Die Obduktion ergibt außer der Schußverletzung keine Spur einer Gewalttätigkeit. Die Lider des rechten Auges sind blutunterlaufen und ohne nennenswerte Verletzung. Das Geschoß ist in das rechte Auge eingedrungen, ohne die Lider zu verletzen, also unmittelbar in den Augapfel. Der Schußkanal führt weiter durch das Orbitaldach, den vorderen Teil der rechten Hirnhemisphäre und durchsetzt endlich das rechte Scheitelbein und die Kopfhaut. Der Schußkanal verläuft also von vorn unten nach hinten oben. Dieser Befund, verbunden mit der Unversehrtheit der Augenlider — die Frau hatte eben nicht einmal Zeit gehabt, reflektorisch die Lider zu schließen, so sehr überraschte sie der unglückliche Zufall — bestätigte die Angaben des Liebhabers. Die Beschaffenheit und der Mechanismus des Revolvers unterstützten gemäß weiterer Experimente des Verfassers die Aussagen des Beschuldigten. Selbstmord war bei dem Fehlen aller Zeichen des Nahschusses mit Sicherheit auszuschließen. Marx-Berlin.

Beitrag zur subkutanen Ruptur des Magendarmkanals.

Von Oberarzt Dr. Thelemann, kommand. zur chir. Univ.-Klinik in Marburg.

(Deutsch. militärärztl. Ztschr. Febr. 1905, S. 97.)

Verf. analysiert 11 Fälle aus der Küsterschen Klinik. Die Ursache ist eine stumpfe Gewalt, die entweder zirkumskript einwirkt, wie Hufschlag, Stoß etc., oder diffus wie z. B. beim Überfahrenwerden. Vorzugsweise werden landwirtschaftliche Arbeiter, Reiter, Fuhrleute und Bauarbeiter betroffen; selten Frauen: 16 unter 254 Fällen. Frauen sind durch ihre Kleidung mehr geschützt. Die meisten Rupturen sind Berufsunfälle, daher sind Kinder und Greise selten dabei. Der in Hernien liegende Darm reißt bei auftreffender Gewalt besonders leicht, weil er im Moment der Kompression an der Bruchpforte leicht abgeknickt wird und dann eine starke Drucksteigerung des Inhaltes erleidet. Sitz der Ruptur ist in der Regel die getroffene Partie. 88,1 % entfielen auf den Dünndarm; 11,9 auf Coecum und Colon ascendens. Das Colon descendens wird nur einmal in der Literatur erwähnt. Selten ist mehr als eine Perforation da. Komplikationen sind Zerreißungen von Leber, Milz, Niere usw., sowie Blutungen aus Mesenterialgefäßen. Unter den Symptomen stehen Schmerz und Shok obenan. Dazu Erbrechen und bald Meteorismus. Konstant ist das Trendelenburgsche Zeichen: eine bretthharte Spannung der Bauchdecken an der getroffenen Stelle. Die regelmäßige Folge ist Peritonitis, die schon $1^1/_2$ Stunden nach dem Trauma einsetzen kann. Eine exakte Frühdiagnose ist meist unmöglich, da eine einfache Quetschung der Bauchdecken dieselben Anfangserscheinungen darbieten kann. Die Anamnese ist daher von hoher Bedeutung. Ohne operatives Eingreifen ist die Prognose absolut schlecht. Von 160 Nichtoperierten starben 149; 11 heilten mit Kotfistel; nur einer vollständig. In der Behandlung ist die Darreichung von Opium zu verwerfen; sie hebt diejenigen Momente

auf, welche den Austritt von Kot in die Bauchhöhle begrenzen: den Darmkrampf und Schleimhautvorfall. Für die Behandlung kommt nur früheste Operation in Frage, die in Laparotomie mit Absuchen des ganzen Darmes bestehen muß. Je früher sie gemacht wird, um so besser sind die Chancen für den Verletzten.

Ktg.

Ein eigenartiger Fall doppelter Fremdkörperdurchbohrung der Speiseröhre.

Vom Stabsarzt Dr. Schmiz in Aachen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschr. 1905. Nr. 3, S. 227.)

Ein Mann hatte am 8. November 1903 einen Entenknochen verschluckt. Sofortige Untersuchung mit Sonden und Röntgenstrahlen ergab nichts; besondere Beschwerden bestanden nicht. In militärärztliche Behandlung kam Patient, als drei Tage später Schmerz und Schüttelfrost eintraten. Auch jetzt ergab mehrfache Untersuchung nichts, obgleich eine umschriebene Schwellung an der rechten Halsseite und leichter Schmerz in der Gegend des Schildknorpels bestand. Die Operation legte die Speiseröhre 6 cm lang vom Ringknorpel aufwärts frei; Eiter wurde nicht gefunden, auch keine Perforation, kein Fremdkörper. Das Fieber blieb hoch; am 16. November Tod an Pneumonie. Die Sektion zeigte eitrige Mediastinitis vorn rechts, Pleuritis, Pneumonie rechts und Pericarditis. Als Ausgang der Infektion wurde eine doppelte Durchlöcherung der Speiseröhre dicht unterhalb des Ringknorpels gefunden. Parallel dem Knorpel lag, der vorderen Speiseröhrenwand dicht angeschmiegt, das schwach gekrümmte, 6 cm lange Stück eine Entenrippe, mit beiden Enden in den Perforationen festgehakt. Diese Lage erklärt es, daß der Fremdkörper mit der Sonde nicht gefühlt und bei der Durchleuchtung nicht gesehen wurde; denn sein Schatten deckte sich mit dem des Ringknorpels. — (Der Fall lehrt wieder, daß man Durchleuchtungen in mehreren Ebenen wiederholen soll, wenn die erste ergebnislos bleibt. Ref.)

Ktg.

Beitrag zur Pankreaschirurgie.

Von Scheider.

(Deutsche Medizin. Wochenschrift. Januar 1905. S. 124.)

Im akuten Stadium der Pankreatitis, d. h. dann, wenn die Erkrankung plötzlich einsetzt und mit heftigen Schmerzen im Epigastrium, Übelkeit und Erbrechen, Störungen der Darmfunktion und Neigung zum Collaps einhergeht, ist es bisher erst in wenigen Fällen gelungen, die Kranken durch eine Operation zu retten. Sch. operierte einen Fall von akuter Pankreatitis mit Ausgang in retroperitoneale Eiterung und Pankreasnekrose. Die Patientin hatte früher häufig an Gallensteinkoliken gelitten. Im Anschluß an eine Lungenentzündung, die am fünften Tage kritisierte, entwickelten sich Schmerzen, die vom Epigastrium nach dem linken Hypochondrium und zur linken Lumbalgegend hinzogen. Dabei bestanden abendliche Temperatursteigerungen bis 39,5. Vier Wochen später ergab die Punktion unterhalb der linken zwölften Rippe in hinterer Axillarlinie weißlichen, nicht übelriechenden Eiter. Bei der daran angeschlossenen Operation wird durch linksseitigen Flankenschnitt reichlich Eiter entleert aus einer retroperitonealen Höhle. Nach sorgfältiger Austupfung läßt sich aus dieser Höhle ein längliches nekrotisches Gewebsstück extrahieren, welches bei der mikroskopischen Untersuchung Reste von acinösem Drüsengewebe erkennen läßt. Zehn Wochen nach der Operation konnte Patient geheilt entlassen werden. Zucker im Urin war nicht aufgetreten, auch wurde niemals Ausfließen von Pankreassaft aus der Wunde bemerkt.

Weiterhin berichtet Sch. über einen Fall von subkutaner, isolierter Zerreißung des Pankreas. Ein 18jähriger junger Mann hatte einen Stoß mit einer Wagendeichsel gegen die Oberbauchgegend erlitten. Wegen eintretender akuter peritonitischer Erscheinungen wurde laparatomiert. Es fanden sich keine Darmverletzungen, wohl aber ein Querriß im Pankreaskopf, aus dem sich nach Entfernung der Coagula helle, etwas fadenziehende Flüssigkeit entleerte. Blutung aus dem Pankreas war mäßig und wurde durch Umstechung gestillt, die Wunde tamponiert. Nach $4^1/_2$ Tagen trat der Exitus ein, ohne daß sich eine neue Blutung oder erhebliche Absonderung von Pankreassaft gezeigt hätte.

J. Meyer-Lübeck.

Innere Medizin.

Über traumatische Aortenwandrupturen, mit besonderer Berücksichtigung des Mechanismus ihrer Entstehung.

Von W. Revenstorf.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, XIV. Band. 4. Heft 1905, Seite 425.)

Zur Feststellung der Bedingungen, unter denen eine nicht krankhaft veränderte Aorta reißt, bringt Verf. eine Reihe von Erfahrungen aus dem Hamburger gerichtsärztlichen Institut. Neben Überdehnung kommt die einmalige oder dauernde starke Vermehrung des Blutdrucks in Betracht, der auf der Innenwand der Aorta lastet. Erschütterung der Blutsäule, wie sie z. B. beim Fall aus großer Höhe vorkommt, kann dabei ein Hilfsmoment bilden. Überdehnungen erzeugen Querrisse; Rupturen durch Platzen Längsrisse. Wie groß der Überdruck sein muß, der zur Zerreißung führt, geht aus den Versuchen an Carotiden des Hundes hervor; bei ihnen waren 7—11 Atmosphären nötig, um Risse herbeizuführen. Ob eine Ruptur traumatischen Ursprungs ist oder nicht, wird auch bei der Aorta nur durch Prüfung der physikalischen Widerstandsfähigkeit der erhaltenen Teile des verletzten Gefäßes zu erweisen sein.

Die Abschnitte der Aorta verhalten sich nicht gleichartig. Im Anfangsteil dürften durch eine komprimierende Gewalt Platzrupturen veranlaßt werden; noch leichter im aufsteigenden Teil und Bogen. Denn infolge der anatomischen Lage muß der Verschluß des abführenden Teiles erfolgen, wenn das Brustbein gegen die Wirbelsäule gedrückt wird. Eine genaue Unterscheidung der Platzruptur von der durch Überdehnung herbeigeführten ist indes weder aus dem Obduktionsbefunde, noch aus der Art des Traumas abzuleiten. — Die Prädilektionsstelle für Risse im Brustteile der Aorta liegt dicht hinter der Insertion des Ductus Botalli. Neben den schon erwähnten ätiologischen Momenten kommt Überdehnung der Anheftungsstellen am Bronchus und an der Wirbelsäule in Betracht. Bei Verzerrung des Lungenhilus durch eine die rechte Brusthälfte zusammenpressende große Gewalt, auch durch Verschiebung der Brusteingeweide durch eine derartige Einwirkung von der oberen Bauchgegend her kann dies eintreten. Sitz und Gestalt der Ruptur erlauben dann einen Schluß auf die stattgehabte Überdehnung. Neben dem scharfrandigen Querriß sind stets Risse in der benachbarten Intima zu sehen. Ist der Riß partiell, so ist er an der konkaven Seite lokalisiert. Auch Rupturen des Ductus Botalli bei Neugeborenen sind zweimal beschrieben. Die Entstehung beim Geburtsakt ist nicht genügend aufgeklärt.

Im Bauchteil liegen die Verhältnisse ähnlich, soweit die spärlichen Erfahrungen ein Urteil erlauben. Doch ist die Bauchaorta nach ihrer Lage mehr direkten Quetschungen ausgesetzt. Starke Kompression des Körpers im sagittalen oder diagonalen Durchmesser hat in manchen Fällen eingewirkt, so u. a. beim Auffallen des Körpers auf harte Gegenstände. Derartige Verletzungen sind als Platzrupturen zu deuten; sie sitzen mit Vorliebe dicht am Zwerchfellschlitz.

Der Raum des Referates gestattete aus dem reichen Inhalt der ausführlichen Arbeit nur eine Andeutung der wesentlichsten Ergebnisse. Die sehr interessanten Versuche des Verfassers und die nicht minder instruktive Kasuistik konnten hier nicht ge-

würdigt werden. Ich mache besonders die Herren Gerichtsärzte auf das Original aufmerksam. Ktg.

Diabetes insipidus post trauma.

Von Dr. Thalwitzer-Kötzschenbroda.
(Mon. f. Unf.-Heilk. 1904. No. 11.)

Ein 23 jähriger, kräftiger Rekrut, in dessen Anamnese weder erbliche Belastung, noch Lues oder Alkohol vorkommen, hängt beim Bauchaufschwung zu lange mit dem Bauch auf der Reckstange, während Kopf und Beine herabhängen. Nach der Übung Schmerz in der Nabelgegend, Taumeln, mehrfaches Erbrechen. Am nächsten Tage erscheint Pat. schwer krank. Im Lazarett mehrtägiges hohes Fieber (bei über 40°), Leibschmerzen, Übelkeit. Auf Colomel mehrfache Entleerungen, Nachlaß aller krankhaften Erscheinungen; am 5. Tage wird Pat. geheilt entlassen. Nach Wiederaufnahme des Dienstes klagt er über Durst und häufigen Urindrang. Er gibt glaubhaft an, daß beides schon im Lazarett vorhanden gewesen sei. Trotz starker Abmagerung und großer Schwäche tut er noch fast 5 Monate Dienst und wird dann vom Truppenarzt ins Lazarett gesteckt. Hier wird starke Abmagerung (um 20 Pfd.) und große Schwäche festgestellt, im übrigen ist an den Organen, auch des Nervensystems, nichts Krankhaftes zu finden. Urin 11 000, fast wasserhell, frei von Eiweiß, Zucker und Formbestandteilen, inosithaltig. In dreiwöchentlicher Beobachtung bessert sich bei Bettruhe und guter Ernährung das Allgemeinbefinden, die Urinmenge aber geht nicht unter 6—7 Liter herab. Pat. wird als Ganzinvalide entlassen. Mehrfache Nachuntersuchungen, zuletzt 2½ Jahre nach dem Trauma, zeigen keine wesentliche Veränderung. Bei leichter Arbeit fühlt Pat. sich ziemlich wohl, die Urinmenge beträgt immer noch 6 Liter.

Daß der Diabetes insipidus von der verunglückten Turnübung herrührt, ist nicht zu bezweifeln. Thalwitzer glaubt nicht, daß es sich um eine Quetschung der Baucheingeweide und ihrer Nervenplexus handelt; dazu war die Gewalteinwirkung nicht stark genug. Vielmehr nimmt er an, daß es durch den Druck auf die Bauchaorta zu einer erheblichen Drucksteigerung im Gefäßsystem gekommen sei, und daß diese zu kleinen Blutungen im Gebiet der Medulla oblongata geführt habe. Dafür spricht auch der Schwindel, das Erbrechen und die kurzdauernde akute Temperatursteigerung. Lehfeldt.

Herpes zoster traumaticus.

Von Dr. Stepp-Nürnberg.
(Dtsch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 51.)

Im ärztlichen Verein zu Nürnberg stellte Stepp eine 52 jährige Frau vor, die am 11. Juni einen Stoß gegen die linke Wange erlitt. Sugillation, leichte Hautabschürfung, starker Schmerz. Am 17. Juni Frost und Kopfschmerzen, am 18. Juni Bläschen in der Stirngegend, Nasenwurzel und am Nasenflügel. Zweifellos rührt der Herpes vom Trauma her. In der Diskussion erwähnte Stein einen von ihm beobachteten Herpes zoster intercostalis bei einem Studenten, der auf der Mensur einen Säbelhieb gegen die Brust erlitten hatte. Lehfeldt.

Neurologie und Psychiatrie.

Ein Fall von Gehirnerschütterung.

Von Assistenzarzt Dr. Nochte in Darmstadt.
(Deutsche mil. ärztl. Ztschr. 1905. Heft 2, S. 164.)

Patient stürzte am 15. September 1904 aus einem fahrenden Zuge und wurde abends ins Garnisonlazarett gebracht. Es wurden zwei Hautwunden an den Scheitelbeinhöckern festgestellt. Der Kranke agitierte und wehrte Schmerzeindrücke ab; war aber völlig bewußtlos. Am 18. war er besinnlicher; seine Klage führte jetzt erst zur Entdeckung einer rechtsseitigen Schulterluxation, die eingerichtet wurde. Während der allmählichen Besserung blieb längere Zeit eine besondere Unsicherheit des Ganges und Schwäche der rechten Körperhälfte mit Neigung nach rechts zu fallen. Dazu Doppelsehen, unsichere Sprache und Störung des Intellektes. Bis Dezember weiterer Rückgang der Erscheinungen. Neu traten unwillkürliche Bewegungen auf. die von der linken Hand ausgingen und einige Male den ganzen Körper ergriffen. Am 5. Dezember bestand die Störung der Bewegungen mit Schwanken des Kopfes und Rumpfes fort: Störung des Geruchs und Geschmacks, Steigerung der rechtseitigen Reflexe, Einengung des Gesichtsfeldes. Dazu Namensvergeßlichkeit, Trübung des Erinnerungs- und Kombinationsvermögens, sowie ein etwas läppisches Wesen. Verf. bezieht die rechtseitige Schwäche auf eine Störung der Pyramidenbahn; die Lähmungserscheinungen auf die Tiefenwirkung der örtlichen Gewalt bei dem Sturz. Der äußere Sitz der noch sichtbaren Narbe entspricht dem Facialiszentrum. Die linksseitigen Reizerscheinungen sollen durch Rückstoß hervorgerufen sein. (Warum, wird nicht begründet; es bestand ja auch rechts eine Kopfverletzung.) Ataxie und Intelligenzstörung werden auf Rindenschädigung bezogen und mit denen in Parallele gestellt, die bei Alkoholrausch, Altersblödsinn und Paralyse vorkommen. Patient trat am 20. Dezember eine Badekur an; weitere Besserung wurde erhofft.

Der Fall ist für die Sachverständigentätigkeit noch nicht verwertbar. An sich nicht, weil das Krankheitsbild, namentlich in körperlicher Hinsicht, nicht genau genug dargestellt ist. Abgesehen von der gar nicht in Betracht gezogenen rechtseitigen Kopfverletzung ist auch über die linksseitige nichts Näheres gegeben. Beide sind gleichmäßig als Hautverletzungen bezeichnet aber nicht beschrieben. Ferner fehlen Angaben über das Verhalten des luxiert gewesenen, rechten Armes und über die Lähmungen, für deren Bewertung das Verhalten der Muskeln, wie der Sensibilität beider Körperhälften wichtig gewesen wäre. Auch über die nur im Endstatus erwähnten Geruchs- und Geschmacksstörungen fehlt Näheres. Über die für etwaige Unfallsbegutachtungen interessante Prognose wird aus dem Fall erst dann etwas zu entnehmen sein, wenn nach seinem Ablauf eine ergänzende Mitteilung erfolgt. Ktg.

Zentrale Hirnverletzung nach einem Stoß gegen den Schädel.

Von Prof. Thiem-Cottbus.
(Mon. f. Unf.-Heilk. 1904, Nr. 11.)

Ein 47 jähriger Mann stößt am 28. Juli 1903, vormittags 11 Uhr mit dem Kopf gegen einen in Kopfhöhe angebrachten Querbalken. Er klagt sofort über heftigen Kopfschmerz, arbeitet aber am 28. und 29. Juli noch weiter in der Scheune. In der Nacht zum 30. Juli so heftige Kopfschmerzen, daß Patient am nächsten Morgen zum Arzt in der nächsten Stadt gefahren werden muß. Dieser stellt fest, daß Patient vor heftigem Kopfschmerz taumelt und etwas benommen ist. Am 31. Juli stellt der Arzt neben großer Hinfälligkeit rechtsseitige, am nächsten Tage doppelseitige Pupillenstarre fest. Am 1. August abends heftige Atemkrämpfe und Tod. Der behandelnde Arzt nimmt eine zunächst geringe zentrale Blutung an, die sich dann vergrößert und zum Tode geführt habe. Ein zweiter Arzt bezweifelt das, weil Patient noch zwei Tage gearbeitet habe, und weil das Krankheitsbild nicht dem bei Schlaganfall gewohnten entspreche. Im Obergutachten stellt Thiem zunächst fest, daß Anamnese und Verlauf gegen eine schnell wachsende, bösartige Geschwulst sprechen. Vielmehr hat die Quetschung wahrscheinlich zu einer zunächst geringen zentralen Blutung geführt. Nach von Bergmann rufen Quetschungen des Schädels am häufigsten Blutungen

im Gebiet der Ventrikel hervor, und die Pupillenstarre weist auf eine Affektion im Gebiet des Aquaeductus Sylvii, zwischen drittem und vierten Ventrikel, hin, an dessen Grunde der die Pupille regulierende Oculomotorius verläuft. Der Verlauf ist nun natürlich anders, als beim „Schlaganfall", bei dem die Blutung an ganz anderer Stelle sitzt. Hier haben offenbar die Weiterarbeit und zumal der Transport zum Arzt die Blutung verstärkt, und dadurch ist es zur Kompression der lebenswichtigen Zentren im vierten Ventrikel gekommen.

Lehfeldt.

Ein Fall von isolierter traumatischer Lähmung des rechten Nervus abducens.

Von Dr. Aronheim-Gevelsberg.

(Mon. f. Unf.-Heilk 1905. Nr. 1.)

Eine 60jährige bis dahin gesunde Frau stürzt von der Treppe und schlägt mit der rechten Schläfe auf den Knauf des Treppenpfeilers. Nach kurzer Bewußtlosigkeit kann sie mit Hilfe der Angehörigen ins Schlafzimmer gehen und sich zu Bett legen. Eine halbe Stunde nach dem Unfall fand Verf. die Kranke bei klarem Bewußtsein, mit Klagen über Kopfschmerz und Schwindel. Frakturen am Schädel äußerlich nicht feststellbar, keine Blutung aus Ohr und Nase. Dagegen zeigt sich beim Öffnen des Mundes ein Blutstreif, der von der Mündung der rechten Tuba Eustachii zur hinteren Pharynxwand läuft und nach Abwischen schnell wieder erscheint. Das rechte Auge kann nicht mehr nach außen bewegt werden, im übrigen keine Störungen an den Augen. Aronheim stellte die Diagnose auf Fraktur der Felsenbeinpyramide mit Verletzung des N. abducens Nach mehreren Stunden Erbrechen von $1/2$ Liter Blut, das jedenfalls allmählich von der Bruchstelle herabgesickert war. Dann allmählich Erholung, aber bleibende Lähmung des Abducens. Da sie gleich nach dem Unfall auftrat und auch später nicht zurückging, war der Nerv wahrscheinlich nicht etwa durch Bluterguß komprimiert, sondern zerrissen.

Lehfeldt.

Ein Beitrag zur Lehre von den feineren Gehirnveränderungen nach Schädeltraumen.

Von M. Dinkler.

(Archiv für Psychiatrie 1905. Band 39, S. 2.)

Bei einer großen Anzahl von sogenannten metatraumatischen Psychosen, die früher durchweg als funktionelle Nervenerkrankungen aufgefaßt wurden, ist es jetzt verschiedenen Autoren gelungen, feinere Veränderungen an Blutgefäßen und der Gehirnsubstanz nachzuweisen. Dinkler bereichert diese Beobachtungen um zwei klinisch und anatomisch bemerkenswerte Fälle.

Ein 59jähriger, stets nüchterner Fabrikmeister fällt mit dem Hinterkopf auf eine scharfe Mauerkante und erleidet eine stark blutende Quetschwunde der Schädelhaut. Unmittelbar nach dem Fall eine kurz dauernde Bewußtlosigkeit, hernach treten andauernde Kopfschmerzen und Schwindel auf. Überhaupt war der Kranke nach dem Unfall gänzlich verändert und geriet nach und nach immer mehr in einen Zustand von Verblödung. Exitus erfolgte ca. $1^3/_4$ Jahr nach dem Sturz. Im Großhirn und in den Stammganglien zeigten sich zahlreiche stecknadelkopf- bis bohnengroße Höhlen, die bald durch schmale, bald durch breitere Hirnsubstanzen von einander getrennt sind. An der Konvexität des Gehirns am linken Gyrus centralis anteria eine mandelgroße, erweichte, rötlichgelbe, eingesunkene Stelle. In den geschilderten Höhlen findet sich fast stets ein hyalin entartetes Blutgefäß. Die Pia ist in größeren Bezirken ziemlich verdickt. Die Wandung der Blutgefäße zeigt eine eigentümlich homogene, oft geradezu hyaline Beschaffenheit. Mit dem Verlust der fibrillären Zeichnung ist regelmäßig eine Verminderung der Zellkerne der Media und Intima verbunden. Die Gefäße der Hirnrinde zeigen entweder eine ähnliche Beschaffenheit wie die der Pia, oder es sind alle drei Häute, besonders die Adventitia, von zahlreichen, dicht aneinander liegenden Rundzellen durchsetzt, welche auch oft auf die Hirnsubstanz übergreifen. — Im zweiten Fall glitt ein 10jähriger Knabe einen abschüssigen Weg hinab und wurde eine Stunde später bewußtlos aufgefunden. Nach zweitägigem Coma erfolgte Exitus. Die Sektion ergab eine sagittale Fissur des rechten Orbitaldaches und eine transversale Fissur der rechten mittleren Schädelgrube bis zum Türkensattel. Die weiche Haut des Gehirns und Rückenmarks zeigte zahlreiche kleine Blutungen. Im rechten Schläfenlappen ein walnußgroßer, hämorrhagischer Herd. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Bereiche der Zentralwindungen erhebliche Veränderungen der färbbaren Substanz der Ganglienzellen und der Kerne. — Der erste Fall war somit bemerkenswert: 1. durch das Auftreten einer schweren, geistigen Störung unmittelbar im Anschluß an eine leichte Kopfverletzung, 2. durch die hochgradigen Gefäßveränderungen im Gehirn mit Blutungen, Erweichungen und Höhlenbildung. Der zweite Fall durch die schweren Ganglienzellenveränderungen nach einfachem Schädeltrauma.

Hoppe-Uchtspringe.

Über Schüttellähmung nach Unfällen.

Von Dr. Konrad Ruhemann-Berlin.

(Berl. Klin. Woch., 1904, No. 13—15.)

Verfasser gibt zunächst eine sorgfältige Literaturzusammenstellung. Über das Wesen der Krankheit läßt sich nach Erb nichts weiter aussagen, als daß wir z. Zt. nicht über die Annahme einer ursprünglich funktionellen Störung hinauskommen, die hauptsächlich im motorischen Apparat, wahrscheinlich aber noch darüber hinaus, im Zentralnervensystem lokalisiert ist. In der Ätiologie spielen Traumen jedenfalls eine nicht unbeträchtliche Rolle, sei es, daß sie die Erkrankung direkt hervorrufen. sei es, daß sie eine schon bestehende verschlimmern. Walz hat 54 Fälle von traumatischer Paralysis agitans zusammengestellt. Wichtig ist, daß zwischen dem Unfall und der ausgebildeten Krankheit eine Brücke von Symptomen (ziehende Schmerzen, Gefühl von Steifigkeit und Schwäche im verletzten Gliede) besteht. Die Schüttellähmung beginnt an der verletzten Seite; Ausnahmen von dieser Regel kommen zwar vor, sind aber selten. Im allgemeinen kommt die Schüttellähmung nur bei älteren Leuten vor. Gerade wenn sie jüngere Individuen befällt (wobei man sich vor der Verwechselung mit hysterischem Schütteltremor hüten muß), liegt der Verdacht nahe, daß sie durch ein Trauma bedingt ist.

Ausführlich beschreibt Verfasser diejenigen Fälle von traumatischer Schüttellähmung, die auf der Jollyschen Klinik seit 1886 beobachtet sind. Es sind 7 Fälle unter insgesamt 35 Fällen von Schüttellähmung, die in dieser Zeit zur Beobachtung kamen.

1. Ein 57 jähriger Fuhrmann wird durch eine Deichsel an der Außenseite des rechten Oberschenkels so stark getroffen, daß er über die Deichsel auf die rechte Seite fällt. Er ist 14 Tage bettlägerig und arbeitet dann wieder. Nach einem halben Jahr leises Zucken im rechten Fuß, nach einem weiteren viertel Jahr Zittern im rechten Arm. Im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren bildet sich die Schüttellähmung so deutlich aus, daß Patient völlig erwerbsunfähig wird. 2. Eine 58 jährige Frau fällt vom Fensterbrett und erleidet eine Kontusion des linken Oberarmes. Ein viertel Jahr später Zittern im rechten Arm, bald danach auch im linken Arm. Ein zweiter Unfall (Patientin fiel zwei Jahre später rücklings von der Treppe) verschlimmerte das Leiden wesentlich; besonders wurden jetzt auch die Beine schwach. 3. Ein 53 jähriger Kaufmann fällt in den Keller und stürzt auf die rechte Seite. Er wurde nicht bewußtlos und konnte auch allein die Treppe wieder emporsteigen. Drei Monate später Schwäche in den Armen, nach weiteren zwei Jahren typische

Schüttellähmung. Bei diesem neuropathischen und im Leben viel vom Unglück verfolgten Mann hat das Trauma sicher als auslösendes Moment gewirkt. 4. Einem 64 jährigen Maurer fällt ein Stein auf den linken Ellenbogen. Danach Zittern im linken Arm bei starken Anstrengungen. Doch blieb Patient arbeitsfähig, bis er ein Jahr später beim Einsturz eines Gerüstes von einem Kalkkasten an der linken Schulter getroffen wurde. Danach trat ausgeprägte Schüttellähmung ein. 5. Ein 60 jähriger Tischlergeselle kam mit stark ausgeprägtem und schon vorgeschrittenem Krankheitsbild in die Klinik. Er gab an, daß das Zittern sechs Jahre zuvor im rechten Arm begonnen habe, nachdem er kurz vorher auf diesen Arm gefallen war. 6. Eine 58 jährige Witwe fällt bei Glatteis auf den Hinterkopf und Rücken, wird bewußtlos und schleppt sich später mühsam nach Hause. Bald danach Zittern im rechten Arm und rechten Bein. Als sie vier Jahre später in die Klinik kam, bot sie das deutliche Bild der Schüttellähmung. 7. Der letzte Fall betrifft eine 72 jährige Witwe, die im Alter von 35 Jahren eine Lähmung des linken Armes durchgemacht hatte. Doch wurde der Arm vor Ablauf eines Jahres wieder ganz gesund. Im Alter von 65 Jahren fiel sie zu Boden und wurde bewußtlos. Nach dem Erwachen Lähmung des linken Armes und linken Beines. Sie lag sieben Wochen zu Bett. Der Zustand besserte sich, doch blieb der linke Arm schwach. Seit drei Jahren Zittern im linken Arm und schüttelnde Bewegungen der Finger der linken Hand. Auch später blieb die linke Körperhälfte wesentlich stärker erkrankt.

Im Anschluß an diese Fälle beschreibt Ruhemann eine hysterische Schüttellähmung bei einer 49 jährigen Witwe. Auch hier wurde ein Trauma als Ursache angegeben. Die hysterische Natur des Leidens gab sich dadurch zu erkennen, daß das Zittern bei abgelenkter Aufmerksamkeit aufhörte. Hypnose führte hier zur Heilung.

Von den 28 Fällen, bei denen in der Ätiologie das Trauma keine Rolle spielte, kamen als prädisponierende Momente für die Erkrankung Gemütsbewegungen, Erkältung, Infektionen und Intoxikationen, Gehirnerkrankungen (Apoplexie) in Betracht. Keine Rolle spielte dagegen hierbei die Syphilis. Bei den 16 männlichen Patienten trat die Erkrankung bei einem Durchschnittsalter von $50^1/_2$ Jahren auf, die 19 weiblichen waren beim Beginn des Leidens im Durchschnitt 58 Jahre alt.

Lehfeldt.

Drei Fälle von posttraumatischer, chronischer, spinaler Amyotrophie mit Berücksichtigung der übrigen ätiologischen Momente.

Von H. Pagenstecher.

(Mon. f. Unf.-Heilk 1905. Nr. 1.)

Neben anderen Ursachen kommt bei den chronischen spinalen Amyotrophien, die in bezug auf ihre ätiologischen Momente am besten gemeinsam zu behandeln sind, in manchen Fällen auch das Trauma wesentlich in Betracht. Es hat dabei oft vermutliche nur elektive und auslösende Wirkung, insofern die Anlage zur Erkrankung schon bestanden hat; das Trauma bestimmt dann den Zeitpunkt des Ausbruchs und den Ort, an dem das Leiden zuerst einsetzt. Pagenstecher beschreibt drei Fälle, die in der Erbschen Klinik beobachtet sind. 1. Ein 28 jähriger Hausbursche hält sich bei einem Sturz mit den Armen etwa fünf Minuten an einem Querbalken schwebend, um nicht herabzufallen. Kurz danach Schwäche in den Armen und Gefühl von Erfrorensein in den Fingern, nach wenigen Monaten Schluckbeschwerden und Sprachstörungen. Fünf Monate nach Beginn des Leidens ergibt die Untersuchung die Symptome einer Bulbärparalyse mit fibrillären Zuckungen in der Zunge, dem weichen Gaumen etc. und ferner in der Muskulatur der Hand, der Schulter und der Beine. Dabei sind die Reflexe an allen Extremitäten gesteigert, partielle Entartungsreaktion, Sensibilität intakt. Diagnose: amyotrophische Lateralsklerose und chronische amyotrophische Bulbusparalyse. 2. 38 jähriger Schiffer hält sich bei einem Fall mit dem rechten Arm an dem Seitenteil seines Kahns, wobei das Schultergelenk gezerrt wird. Nach zwei Monaten Schwäche im rechten Arm. Auf die Parese folgt Atrophie und fibrilläre Zuckungen. Ganz allmählich, im Verlaufe mehrerer Jahre, werden auch die anderen Extremitäten und das Facialisgebiet befallen. Sehnenreflexe herabgesetzt oder aufgehoben, Sensibilität intakt. Diagnose: Poliomyelitis anterior chronica. 3. 61 jähriger Glaser stürzt mit großer Wucht auf das rechte Knie, das dabei zerschunden wird. Nach wenigen Wochen zunehmende Schwäche des rechten Beines mit folgender Atrophie der paretischen Muskeln und rapider Ausdehnung auf die anderen Extremitäten, so daß schon nach einem Monat Arbeitsunfähigkeit eintrat. In relativ kurzer Zeit wird fast die gesamte Körpermuskulatur ergriffen. Ausgedehnte fibrilläre Zuckungen, Entartungsreaktion in den paretischen Muskeln, lebhafte Patellarreflexe, normale Plantarreflexe und erloschene Achillessehnenreflexe. Kaum sieben Monate nach Beginn des Leidens Exitus durch Mitbeteiligung der Atemmuskulatur. Diagnose: Poliomyelitis anterior chronica. Das mikroskopische Sektionsergebnis wird ausführlich mitgeteilt.

Aus der Analyse dieser Fälle und den Ergebnissen der sehr umfangreichen Literaturdurchsicht zieht Verf. folgende Schlüsse. 1. Als wesentliche ätiologische Faktoren für die chronischen spinalen Amyatrophien sind zu betrachten: Erkältung, Lues, spinale Kinderlähmung, Bleivergiftung, allgemeine nervöse Belastung, Heredität, Überanstrengung im Beruf, Trauma. 2. Das Trauma kann eine „auslösende“ und „lokalisierende“ Bedeutung für die chronischen spinalen Amyotrophien gewinnen. 3. Eine angeborene oder erworbene Schwäche des motorischen Systems (Dutil) ist bei den Fällen von posttraumatischen, chronischen Amyotrophien wahrscheinlich. 4. Für die Auslösung und Lokalisation einer chronischen spinalen Amyotrophie kann in manchen Fällen das Zusammentreffen von Trauma und angestrengter motorischer Innervation (Erb) verantwortlich gemacht werden. In diesem 4. Punkt möchte Ref. auf die Übereinstimmung mit Edingers neuerdings wieder stark betonten „Aufbrauchstheorie“ hinweisen.

Lehfeldt.

Die gesundheitlichen Gefahren geschlechtlicher Enthaltsamkeit.

Dargestellt von Dr. med. W. Hammer-Berlin.

(Mit zwei Abbildungen. Leipzig. W. Malende. 1904.)

Die beiden Abbildungen stellen Luther dar im Jahre 1525 als verheirateten Pastor, wohl aussehend und gut genährt, und 1520 als ledigen Mönch mit magerem, eingefallenem Gesicht. Etwas unklar wird dazu bemerkt: Geschlechtliche Enthaltsamkeit in der letztgenannten Lebenszeit dürfte wohl die Hauptursache der stattgefundenen Veränderung sein.

Die angebliche Unschädlichkeit geschlechtlicher Enthaltsamkeit, von Ärzten beobachtet, wird mit knapp einer Seite abgehandelt und nur bemerkt, daß Verfasser dem Satze des Merkblattes der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, daß Enthaltsamkeit im geschlechtlichen Verkehr nach dem übereinstimmenden Urteil der Ärzte in der Regel nicht gesundheitsschädlich ist, persönlich nicht zustimmt. Es werden sodann die von Laien beobachteten Enthaltsamkeitsstörungen: Guy de Maupassant „Das alte Mädchen“, Eleonora Duse „Die Strafe“, Maria Janitscheck „Charakterzeichnungen vom Weibe“ erwähnt. In den folgenden Kapiteln werden der schädigende Einfluß geschlechtlicher Enthaltsamkeit auf die Geschlechtsorgane, das Auftreten von Nervenstörungen, Blutkrankheiten, Ernährungsstörungen und Hautkrankheiten erwähnt.

In dem letzten Kapitel, welches von der Vorbeugung und Behandlung der Enthaltsamkeitsstörungen handelt, wird nachzuweisen versucht, daß es eine dauernde, einwandfreie, geschlechtliche Befriedigung für die meisten Menschen nicht gibt. In der Ehe ist die Befriedigung des Geschlechtstriebes meist zu teuer, bei der Prostitution zwar billig, aber durch die Gonorrhoe und Syphilis gefährlich. Das freie Verhältnis scheint die vollkommenste Form des Verkehrs darzustellen, ist aber vom ärztlichen Standpunkt auch nicht zu empfehlen, da man meist einen zu häufigen Wechsel der Liebesverbindung beobachtet, wenn kein gesetzlicher Zwang die Gatten bindet. Es wird daher empfohlen, den Gefahren der Keuschheit mit Linderungsmitteln zu begegnen. Als solche werden angegeben, zunächst Aufklärung darüber, daß man dem Unbefriedigten zeigt, daß nur die wenigsten Menschen, auch die Verheirateten nur selten, geschlechtlich befriedigt werden, ferner Stärkung des Willens, um sich von der Selbstbefriedigung fern zu halten, kalte Waschungen und körperliche Übungen gegen das Überhandnehmen der Sinnlichkeit, Beschäftigung mit religiösen und wissenschaftlichen Tagesfragen, endlich Aufklärung besonders gefährdeter Stände, der Lehrer und Militärs, über geschlechtliche Verirrungen.

J. Meyer-Lübeck.

Über sexuelle Belehrung der Schulkinder.

Von Geh. Med. Rat Prof. Dr. Cohn-Breslau.

(Allgem. Medizin. Zentralzeitung 1904, Nr. 48, Pg. 931).

C. schildert aus eigener Erfahrung und aus der Literatur die enorme Verbreitung der Onanie bei beiden Geschlechtern im kindlichen Alter. Wenn auch die Gefahren der Onanie gemeinhin übertrieben werden, so bringt sie doch meist schädliche Störungen des Nervensystems hervor und ist zum mindesten nicht nützlich. Eltern und Lehrer haben daher die dringliche Pflicht, Kinder und Schüler vor der Onanie zu hüten. Die Hauptschuld an der Verbreitung der Onanie liegt darin, daß die Kinder über geschlechtliche Dinge nicht von berufener Seite aufgeklärt werden, sondern daß sie ihre Kenntnisse aus unlauterer Quelle schöpfen und bei ihrer ersten Kenntnis von dem geschlechtlichen Reize gleich der Onanie verfallen. Es ist daher dringend erwünscht, daß man es nicht dem Zufall überläßt, wie das Kind von den geschlechtlichen Vorgängen Kenntnis erlangt, sondern daß diese Kenntnisse dem Kinde durch Eltern oder Erzieher beigebracht werden. Wie das geschehen kann, ist natürlich eine sehr schwierige Frage. Wenigstens für Knaben ist sie nach dem Urteil C.'s am besten gelöst durch die kleine Schrift von Max Oker Blom, welche den Titel führt: Beim Onkel Doktor auf dem Lande, vorbeugende sexuelle Belehrungen für Knaben von acht bis zwölf Jahren mit Hilfe der Eltern. Übersetzt von Prof. Leo Burgerstein, Wien. Verlag von Pichlers Witwe und Sohn in Wien, Preis 85 Pf.

Oker Blom schildert einen Knaben, den ein Onkel, welcher Arzt ist, eingeladen hat, die Sommerferien auf dem Lande bei ihm zu verleben und den er nun wie ein Vater belehrt. Dieser Knabe schreibt nun an einen Freund in einer seinem Alter entsprechenden Form, wieviel interessantes er gehört und gelernt habe. Oker Blom wünscht, daß diese Geschichtchen langsam den Kindern von den Eltern vorgelesen werden sollen. Sie werden dann den Ausgangspunkt für vertrauliche Aussprachen zwischen Eltern und Söhnen bilden und dem Kinde zeigen, daß es in seinen eigenen Eltern seinen natürlichsten Ratgeber findet.

Es ist nur wünschenswert, daß recht bald eine Umarbeitung für Mädchen von dem vortrefflichen Verfasser herausgegeben werde, damit sie die Mütter und Lehrerinnen den heranwachsenden Töchtern vorlesen, bei denen ja leider ebenso wie bei den Knaben die Onanie sehr verbreitet ist.

J. Meyer-Lübeck.

Sexuelle Zwischenstufen.

Von Dr. Albert Moll, Berlin.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1904. Nr. 21.)

Man unterscheidet die Geschlechter in erster Linie nach der Beschaffenheit der Keimdrüsen und pflegt danach die Keimdrüse als primären Geschlechtscharakter zu bezeichnen. Alle anderen Geschlechtscharaktere, die sonst die beiden Geschlechter unterscheiden wie z. B. Kehlkopfbildung, Brustbildung, Richtung des Geschlechtstriebes etc., bezeichnet man als sekundäre Geschlechtscharaktere. Es gibt wohl kaum einen Geschlechtscharakter, der nicht gelegentlich auf das falsche Geschlecht übergeht. Solche Fälle, wo sich bestimmte Geschlechtscharaktere konträr dem Geschlecht entwickelt haben, nennt man sexuelle Zwischenstufen. Dem Studium der sexuellen Zwischenstufen dient ein besonderes Jahrbuch mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, herausgegeben von Dr. med. M. Hirschfeld, Charlottenburg. Das Buch will der Erforschung der sexuellen Zwischenstufen dienen, die Vorurteile, welche gegen die Träger derartiger Abweichungen existieren, bekämpfen, endlich den § 175 des deutschen Strafgesetzbuches, der die widernatürliche Unzucht zwischen Männern mit Gefängnis bestraft, beseitigen, ausgehend von der Ansicht, daß die Homosexualität eine unverschuldete sexuelle Zwischenstufe darstellt und daß der Paragraph nur dem Erpressertum dient.

J. Meyer, Lübeck.

Hygiene.

Maßnahmen zur Verhütung des Ausbruchs und der Verbreitung ansteckender Krankheiten im Aufmarschgebiet eines Armeekorps und Vorbereitungen für die Regelung des Sanitätsdienstes in diesem Gebiet.

Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung in Breslau 1904 von Gen.-Ob.-Arzt Dr. Scholze, Divisionsarzt der 11. Division.

(Deutsch. mil.-ärztl. Ztschr. 1905. Nr. 3, S. 193.)

I. An der Hand der vom Kriegsministerium herausgegebenen Arbeiten über Typhus- und Cholerabekämpfung, hat Verf. versucht, eine Anleitung für den Gesundheitsschutz im Aufmarschgebiet eines Armeekorps aufzustellen. Er fordert 1. Entsendung von 4 Militärärzten, 1 Veterinär und 4 Hilfsarbeitern nebst bakteriologischer Ausrüstung in das Aufmarschgebiet, nachdem eine vorläufige Orientierung über den Gesundheitszustand der Zivilbevölkerung mit Hilfe der zuständigen Organe stattgefunden hat. Es folgen 2. Beratungen mit den örtlichen Behörden über ansteckende Menschen- und Tierkrankheiten, sonstige hygienische Mißstände, Trinkwasserverhältnisse usw. 3. Persönliche Erkundung des Gebietes nach dieser Richtung, in Begleitung der Medizinalbeamten und Ortsvorstände. Dabei sollen Wasserläufe, Unterkunft, Nahrungsmittelbezug oder Herstellung, Brunnen, Abwässerung, Aborte erforscht, vorhandene Mißstände möglichst gleich beseitigt werden. 4. Die größte Aufmerksamkeit ist unter Zuziehung der behandelnden Ärzte den Fällen ansteckender Krankheiten zu widmen; verdächtige Fälle sollen untersucht, beobachtet, bakteriologisch festgestellt, vorhandene bakteriologische Untersuchungsstellen für Kultur-, Impfversuche usw. in Anspruch genommen werden. Ansteckende Kranke sind zu isolieren; umfassende Desinfektionen durchzuführen, Häuser, ja Örtlichkeiten erforderlichen Falles zu sperren. Am wichtigsten ist dies an den Ausschiffungsorten der Truppen; weiterhin in allen für ihre Unterbringung in Betracht kommenden. 5. sollen Skizzen der Orte mit Einzeichnung der verdächtigen und verseuchten Häuser, Brunnen, Molkereien, der Krankenbehandlungs- und Beobachtungsstationen angefertigt und 6. mit fortlaufenden Berichten den Kommando-, Etappenbehörden und Truppenärzten übersandt werden (also mindestens viermalige Anfertigung, da der Berichterstatter doch ein Exemplar behalten muß). 7. Infizierte Truppen sollen zurückbleiben. 8. Die

Ergänzungsmannschaften, welche beim Truppenteil eintreffen, sollen genau untersucht; eventl. isoliert und beobachtet werden.

II. 1. Für die Truppen ist an den Ausladeorten Sorge für gutes Wasser zu treffen oder Gelegenheit zum Abkochen desselben einzurichten. Ferner sind bereitzustellen: Feldlatrinen, Desinfektionsmittel, passende Räume für die Isolierung und Beobachtung Verdächtiger und Kranker. 2. In den Quartieren sind Krankenstuben einzurichten, Transportmittel und Leichenräume bereitzustellen. 3. Sind Orte auszusuchen, die sich zur Einrichtung von Seuchenlazaretten und zur Aufstellung beweglicher Baracken eignen. 4. Sind Vorkehrungen für den Rücktransport ansteckender Kranker zu treffen; Fuhrwerke, Hilfslazarettzüge und eventl. Schiffe vorzubereiten.

Das meiste Sachliche aus diesen Forderungen ist durch die Kriegssanitätsordnung und die seitherigen kriegsministeriellen Verfügungen gesichert. Auch mit der zu I, 1 vorgeschlagenen Entsendung der Hygieniker ins Aufmarschgebiet kann man wohl einverstanden sein. Nur muß man ihnen nicht Dinge auftragen, die sie nicht leisten können. Verf. hat bei seinen Forderungen zu I weder die Größe des in Betracht kommenden Gebietes, noch die Zahl und die Kräfte der verfügbaren Menschen, noch die zur Verfügung stehende Zeit gewürdigt. Was er will, würde ein zehnmal größeres Personal und die Verfügbarkeit aller betr. Zivilorgane voraussetzen. Die aber haben in solcher Zeit noch viele anderen Pflichten; ein großer Teil der Ärzte z. B. wird außerdem durch die Mobilisierung seinem Wohnort entzogen. Endlich gehört Zeit, viel Zeit zur Ausführung von Vorschlägen, wie sub I 3—6 formuliert sind. Darum ist der Weg praktischer, den die Japaner — heute im praktischen Krigssanitätsdienst erfahrener wie wir — beschritten haben. Sie haben die hygienische Erkundung auf viele Kräfte und kleinere Bezirke verteilt, indem sie einen Teil der Truppenärzte mit jedem Kommando vorausschicken und ihnen die erforderlichen Gesundheitsmaßnahmen übertragen, die somit den Truppen bei ihrer Ankunft an Ort und Stelle unmittelbar bekannt gemacht werden. Nach allen Berichten haben die intelligenten Ostasiaten damit vollkommenen Erfolg gehabt; der ist um so nachhaltiger, als außerdem jeder Soldat über Gesundheitsschutz instruiert wird und diesem Unterricht ein solches Verständnis entgegenbringt, daß Ungehorsam gegen ärztliche Anordnungen nicht vorkommt. Vergl. deutsche mil. ärztl. Zeitschr. 1905, S. 80 und 245 und Mil.-Woch.-Bl. 1905, Nr. 42, S. 985. Auch auf russischer Seite sind von der freiwilligen Hilfstätigkeit sehr viel mehr Seuchenbekämpfungskolonnen ins Feld geschickt worden, als Armeekorps draußen sind; auch sie haben mit gutem Erfolge gearbeitet. Ktg.

Untersuchungen über die Möglichkeit der Übertragung von Krankheitserregern durch den gemeinsamen Abendmahlskelch, nebst Bemerkungen über die Wahrscheinlichkeit solcher Übertragung und Vorschlägen zu ihrer Vermeidung.

Von Dr. O. Röpke u. Dr. E. Huß, Eisenbahnheilstätte Stadtwald in Melsungen.

(Deutsche Medizin. Wochenschrift, Jan. 1905. S. 107.)

Die Frage der Benutzung des Einzelkelches bei der Darreichung des heiligen Abendmahls ist eine rein hygienische, da das innere Wesen der heiligen Handlung dadurch nicht berührt wird. Nach der Ansicht des Kaiserlichen Gesundheitsamts ist die Möglichkeit einer derartigen Übertragung nicht ganz von der Hand zu weisen. Es wird daher vom Gesundheitsamt den Geistlichen empfohlen, bei der Spendung des Abendmahls den Kelch nach jedesmaliger Darreichung um ein weniges zu drehen, so daß die Mundfläche der nächstfolgenden Person eine reine Stelle des Gefäßrandes berührt, und den letzteren öfter mit einem reinen Tuch abzuwischen. Trotz dieser Empfehlung nimmt die Benutzung des Einzelkelches immer mehr zu und es werden daher wohl auch bald die kirchlichen Behörden genötigt sein, offen zu dieser Frage Stellung zu nehmen.

Es schien daher wünschenswert durch experimentelle Versuche festzustellen: Wird bei dem Gebrauch des gemeinsamen Abendmahlkelches durch eine Reihe notorisch kranker und gesunder Personen überhaupt infektiöses Material an bzw. in den Kelch deponiert. Die Versuche wurden mit einer Anzahl tuberkulöser Kranke der Heilstätte in der Art angestellt, daß ihnen aus dem sterilisierten und mit sterilem Rotwein gefüllten Kelch genau in der kirchlich üblichen Weise, und unter Beobachtung des empfohlenen Drehens des Kelches nach jedesmaliger Darreichung, zum Trinken gereicht wurde. Gleich im Anschluß daran wurden die dem Kelche anhaftenden sichtbaren Weinreste und Lippenabdrücke mit kleinen sterilen Gazebäuschen aufgetupft, ebenso die nach dem Kelchgrunde wieder zusammenfliessenden Weintropfen. Ersteres geschah einmal, bevor der Gefäßrand mit einem sterilen Tuch nach Vorschrift des kaiserlichen Gesundheitsamts abgerieben war und ein zweites Mal nach solchem Abreiben. Sämtliches so gewonnenes Material wurde alsdann auf Meerschweinchen und Kaninchen geimpft, indem die Tupfer durch Laparatomie in die Bauchhöhle gebracht wurden. Die makroskopischen Sektionsbefunde wurden in allen Fällen durch Untersuchungen von Ausstrich oder gefärbten Schnittpräparaten oder durch das Kulturverfahren erhärtet.

Die Versuche gaben fast in allen Fällen positive Resultate und lassen den Schluß zu, daß der obere äußere und innere Kelchrand, ferner die oberste etwas abgeplattete Zirkumferenz des Kelches und schließlich der Wein im Kelch selbst, kurzum alles, was bei der Austeilung des Abendmahlkelches mit dem Munde berührt werden muß, zum Träger von Krankheitserregern geworden ist. Die Beseitigung von Übertragungsmöglichkeiten durch das Drehen des Kelches und öfteres Abwischen des Kelchrandes scheint unmöglich.

Die Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsübertragung scheint danach nicht unbeträchtlich, besonders durch Phthisiker, zumal wenn man bedenkt, daß diese Kranke auch im vorgeschrittenen Stadium meist nicht ans Bett gefesselt sind. Nicht außer acht zu lassen ist auch der Umstand, daß die zu den Versuchen benutzten Kranken in der Anstalt an eine sehr sorgfältige Mundpflege gewöhnt waren, während die Mundpflege im allgemeinen in der niederen Bevölkerung noch sehr im Argen liegt. Die ideale Lösung der Frage bildet der eigene Abendmahlskelch, d. h. der Einzelkelch, den sich jeder zur Abendmahlsfeier mitbringt. Eine Notwendigkeit ist die Anschaffung der Einzelkelche für die Kirchen an Bade- und Kurorten für Lungenkranke, ferner für Krankenhäuser, Lungenheilstätten, Heilstätten für Geschlechtskranke und dergleichen. J. Meyer, Lübeck.

Beitrag zur bakteriologischen Untersuchung der Fleischkonserven.

Von Prof. E. Pfuhl in Berlin.

(Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Krkhtn. 48. Band, 1. Heft, S. 121.)

Büchsenkonserven sollen frei von lebenden Bakterien sein. Das trifft leider nicht immer zu. Verf. hat unter 106 Büchsen mit Fleischkonserven 29 keimhaltig gefunden. Sie sind nicht immer aufgetrieben und für das Auge dann als verdorben nicht erkennbar. Die Entnahme von Stichproben bei der Abnahme von Lieferungen gibt keine Garantie für durchweg gute Ware; denn es können Proben getroffen sein, die einwandfrei sind, während in dem nicht geprüften Rest verdorbene sich befinden. Auch ist es möglich, daß die Untersuchung unzuverlässig bleibt, wenn sie Stellen trifft, die frei von lebenden Keimen sind. Pf. setzt die zu untersuchenden Büchsen uneröffnet in den

Brutschrank und läßt sie nicht unter elf Tage darin. Etwaige lebende Keime haben sich dann so vermehrt, daß sie immer gefunden werden. Die größte Sicherheit wird vorhanden sein, wenn der Besteller dem Fabrikanten aufgibt, einen geschulten Bakteriologen mit der Überwachung des Sterilisierverfahrens bei der Zubereitung zu betrauen. Diesem Beirat würde auch die Ausmerzung verdächtiger Büchsen zufallen. Das ist wichtig, da nach Pf. hierin nicht überall mit der genügenden Sorgfalt verfahren wird. (Ich meine, daß nicht bloß Besteller großer Lieferungen, sondern das Publikum im ganzen ein weitgehendes Interesse daran hat, diese Frage gesetzlich geregelt zu sehen. Die neuerdings mehrfach in der Tagespresse mitgeteilten Vergiftungen — auch mit vegetabilischen Konserven — lassen erkennen, daß hier etwas nicht in Ordnung ist. Ref.) Ktg.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Wissenschaftliche Mitteilungen aus der Heilanstalt für Unfallverletzte in Breslau. 1904.

Vor etwa Jahresfrist hat die bekannte Heilanstalt für Unfallverletzte in Breslau ein neues, zeitgemäßes Eigenheim bezogen und dabei eine Festschrift herausgegeben, in der bemerkenswerte Arbeiten aus dem Gebiet der Unfallheilkunde enthalten sind. Als die bedeutsamste sei daraus erwähnt die Abhandlung von Heintze: Über die operative Behandlung veralteter Ellenbogenverletzungen. Der Verfasser hat in sechs Fällen ähnlich wie Bunge mit bestem Erfolge die teilweise Resektion des unteren Humerusendes nach bilateralem Schnitt ausgeführt bei Gelenkversteifungen nach Frakturen bezw. Luxationsfrakturen des Ellenbogens. Röntgenbilder veranschaulichen die ursprünglichen Verletzungen. Das funktionelle Resultat war in allen das denkbar beste, wie Referent seiner Zeit selbst an den Patienten beobachtet hat. Aber auch die Mitteilungen Heintzes über die Naht bei alten Pseudarthrosen nach Fraktur und die über ausgedehnte Thierschsche Transplantationen verdienen größte Beachtung. Sie behandeln ein Stück praktischer Unfallheilkunde, wie es eindringlicher nicht gedacht werden kann. Von den weiteren Beiträgen sind noch recht lesenswert diejenigen von Loewe über Gehirnschlag und Unfall, eine oft so schwierige Frage für den Gutachter, ferner die Mitteilung von Heinrich Sachs: Über zwei Fälle von Segmenterkrankung des Rückenmarks. Der erstere kommt an der Hand von fünf eingehend beschriebenen Beispielen zu dem Schlusse: „Eine Kontusion des Schädels ohne Verletzung des Schädelinhalts kann selbst bei einem Manne, dessen Gefäßsystem brüchig ist, keine Spätblutung erzeugen“ und „Eine vorübergehende kurz dauernde Blutdrucksteigerung ist von untergeordneter Bedeutung, das wesentliche und bleibt die Gefäßveränderung, die Brüchigkeit der Arterie.“ Die tägliche Erfahrung des Lebens lehre, daß auch ohne Blutdrucksteigerung, in der Ruhe beim Sitzen, Liegen, während des Schlafes Gehirnblutungen eintreten.

Auch die Ausführungen von Bogatsch über die Vorteile der Übernahme des Heilverfahrens während der Wartezeit wie die von Freund „Über den Nutzen der frühzeitigen Ohruntersuchung für die Begutachtung von Unfallnervenkrankheiten“ verdienen volle Beachtung. Stolper-Göttingen.

Sobotta. Atlas der Deskriptiven Anatomie des Menschen. I. Abteilung: Knochen, Bänder, Gelenke und Muskeln des menschlichen Körpers. Mit 34 farbigen Tafeln und 257 Abbildungen 20 Mark. Textband hierzu 4 Mark. II. Abteilung: Die Eingeweide des Menschen, einschließlich des Herzens. Mit 19 farbigen Tafeln und 187 Abteilungen 16 Mark. Textband hierzu 3 Mark. München, J. F. Lehmann 1904.

Es gab eine Zeit, und sie liegt noch nicht gar so weit zurück, da waren medizinische Atlanten entweder recht unvollkommen oder unerschwinglich. Jetzt hat die moderne Reproduktionstechnik darin einen großen Wandel geschaffen, und wer in jahrelanger Referenten- und Redakteurtätigkeit schon recht viel Treffliches an Atlanten gesehen hat, der mag glauben, bereits auf dem Standpunkt des „nil admirari“ angekommen zu sein. Und doch gibt es immer wieder Neuerscheinungen auf dem Büchermarkt, die zur ehrlichen Bewunderung auch dem Verwöhnten Anlaß geben. Die neuen Sobottaschen Atlanten dürfen Anspruch auf Einreihung in diese Kategorie erheben.

Dem praktischen Bedürfnis des Studierenden und des Arztes sollen diese Atlanten dienen, darum bringen sie nur das Notwendige, dies aber in vorzüglichen Wiedergaben von strengster Naturtreue — ganz ausnahmsweise ist einmal schematisiert — in bunten Lithographien, seltener in Dreifarbendruck, oder in Autotypien, immer nach photographischen Abbildungen hergestellt. Wo die natürlichen Farben nicht hinreichten, um das Bild lehrreich genug zu gestalten, so beim Schädel, wurden in einem Teil der Abbildungen die einzelnen Teile durch Hilfsfarben voneinander unterschieden dargestellt. Als einige besonders glanzvolle Beispiele künstlerisch schöner und dabei höchst lehrhafter Wiedergaben nennen wir im ersten Bande: Die bunten Schädelbilder auf Bl. 59 ff, die Knochendurchschnitte auf S. 100 und 101 (einige Gelenkbilder haben uns im neuen Heitzmannschen Atlas besser gefallen), und die Bilder von den Faszien der oberen und unteren Gliedmaße; im zweiten Bande die Darstellungen des Bauch- und Brustsitus.

Die Textbände wollen nichts weiter sein, als die erläuternden Führer zu den Atlanten. Sie sind daher in der Darstellung trocken, aber sie erfüllen ihren Zweck. F. L.

A. Lesser. Stereoskopischer gerichtsärztlicher Atlas. III. Abt. Tafel 101—150. Breslau, S. Schottländer 1904.

Dieser Teil des unseren Lesern bereits nachdrücklich empfohlenen Werkes enthält Bilder aus dem Gebiete der Brust-, Bauch- und Geschlechtsorgane, nebst solchen von Plazenten und Föten. Überraschend ist, wieviel Lehrreiches an den Bildern von Bauch- und Brustverletzungen auch der Unfallgutachter hier findet. Der überwiegende Teil der Darstellungen gehört zur gerichtsärztlichen Gynäkologie und Geburtshilfe. Der ganze Band schließt sich seinen Vorgängern würdig an. F. L.

v. Vogl, Dr., A., Generalstabsarzt z. D. Die wehrpflichtige Jugend Bayerns. München, Lehmanns Verlag. 1905. 96 S.

Auch in Bayern hat seit 1880 die ländliche Bevölkerung um 11,8% ab-, die der Städte um 11,1% zugenommen. Von der Gesamtbevölkerung treiben 45,8% Landwirtschaft; von den im militärpflichtigen Alter stehenden jedoch nur 34,3%. Die Mehrzahl der Wehrpflichtigen stellt die Industrie; trotzdem ist die Landbevölkerung der städtischen an Zahl der Ausgehobenen überlegen: 50,9 zu 42,7% Taugliche. Die größere Tauglichkeit der Landbevölkerung trifft aber nicht die eigentlichen Bauern, sondern die auf dem Lande lebenden Gewerbetreibenden. Verf. bezweifelt übrigens den Einfluß der Berufstätigkeit auf die Tauglichkeit. Er ist der Ansicht, daß die berufliche Arbeit in den wenigen Jahren vor dem Eintritt in die Militärpflicht nicht so tief wirken kann, um die Tauglichkeit wesentlich einzuschränken. (? Ref.) Häusliches Elend, besonders Mangelhaftigkeit der Wohnung verschuldet mehr. Das tritt in den Städten natürlich schlimmer in die Erscheinung und erhöht die Bedenken gegen das Anwachsen ihrer Bewohnerzahl. — Das Hauptkontingent der Untauglichen aus den Städten setzt sich aus Schülern, Handelsbeflissenen usw. mit allgemeiner Körperschwäche, Brustleiden, Kurzsichtigkeit zusammen. Auf dem Lande prävalieren die

Folgen von schlecht geheilten Verletzungen, Plattfuß, Kropf; Gehörs- und Gesichtsfehler nach vernachlässigten Kinderkrankheiten wie Scharlach und Masern.*) — Das Bestreben muß darauf gerichtet sein, die Inferiorität zu bessern durch weitere Vervollkommnung der Städtehygiene, durch bessere ärztliche Fürsorge auf dem Lande. Eine bloße Dehnung des Begriffes der Tauglichkeit — wie man das in Frankreich aus Not am Nachwuchs getan hat — nützt nichts, sondern straft sich durch erhöhte Sterblichkeit und Invalidität der Eingestellten. — Verf. erörtert weiterhin ausführlich den Einfluß der Bevölkerungsbewegung auf die Wehrkraft. Die schwerste Gefahr sieht er erstens in der Kindersterblichkeit. 1901 fiel mehr als die Hälfte aller Todesfälle in Bayern auf das 1.—20. Lebensjahr. Davon 41,3 % auf das erste Lebensjahr; darunter viermal mehr Knaben als Mädchen. Zweitens in der Tuberkulose. Sie erreichte in Bayern 1901 2,8 ‰ der Bevölkerung (in Preußen 2,0 ‰) und 12,5 % der Todesfälle. Hierin stehen die Städte obenan, speziell in der Form der Drüsentuberkulose bei Schulkindern. Die Kindersterblichkeit hängt mit der Säuglingsernährung, die Tuberkulose mit der Familienbelastung eng zusammen. Was die Kindersterblichkeit erhöht, beeinflußt auch die Gesundheit der Überlebenden ungünstig. So kommt es, daß Tauglichkeit und Kindersterblichkeit umgekehrt proportional sind. —

Es ist nicht möglich, im Rahmen eines Referates der Menge der statistischen Daten und den daran geknüpften Ausführungen des Verfassers weiter nachzugehen, nachdem die wichtigsten Punkte angedeutet sind. Verf. tritt mit warmer Überzeugung für besseren Kinderschutz, für Jugendspiele, Turnen, Märsche mit Spielen usw. ein, in jeder Schule soll täglich den Leibesübungen mindestens eine Stunde gewidmet sein.**) Vom Radfahren hält er nicht viel. Es entwöhnt die Jugend des Gehens und kann auf das Herz nachhaltig schädigend einwirken, da sich Übertreibung der Kontrolle entzieht. Die klare Aufgabe ist, den Entwicklungsstand der Jugend den Ansprüchen anzupassen, die die allgemeine Wehrpflicht stellt. Das kann nur geschehen durch Ausgestaltung einer zielbewußten, körperlichen Erziehung auf turnerischer Grundlage.

Das Buch ist für den Nationalökonomen wie für den Arzt gleich belehrend, besonders für den Schularzt und den ärztlichen Berater der Familie. (Vgl. übrigens die Verhandlungen des Preußischen Abgeordnetenhauses vom 6. April 1905 über den Antrag Douglas auf Gründung eines Amtes für Volkswohlfahrt.)

Ktg.

*) Die vielen Untauglichen durch chronische Mittelohrleiden nach vernachlässigtem Scharlach und Masern stellen auch in den östlichen Teilen Preußens einen gewaltigen Ausfall an Wehrkraft dar. Ref.

**) Ist in Japan in allen Schulen voll durchgeführt. Dies in Verbindung mit den von der Regierung überall begünstigten Turn-, Ring- und Schießvereinen erklärt die Überlegenheit des einzelnen Japaners über den größeren, ungewandten Russen. Ref.

Tagesgeschichte.

Berufskrankheiten und Haftpflichtversicherung.

Daß eine Verwischung der Grenzen zwischen Unfall und Gewerbekrankheit in unserem Versicherungsrecht garnicht durchführbar ist, führten wir kürzlich an dieser Stelle an. Von der gleichen Überzeugung ausgehend, untersucht in der Einführungsnummer der „Deutschen Versichertenzeitung" der Rechtsanwalt Dr. Fuld, ob den von Betriebskrankheiten Betroffenen nicht die Haftpflicht des Unternehmers auf Grund des § 618 des Bügerlichen Gesetzbuchs oder des § 120a der Gewerbeordnung zugute kommen könnte. Er verneint dies aber alsbald für die nach seiner Bezeichnung „eigentlichen" Betriebskrankheiten d. h. für diejenigen, welche regelmäßig mit der Beschäftigung in bestimmten Betrieben verbunden sind. Dagegen die uneigentlichen Betriebskrankheiten — in praxi von der andern Gruppe oft schwer zu scheiden —, bei denen fehlerhafte oder vermeidbare Betriebseinrichtungen zur Erkrankung führen, sind nach deutschem Recht der Haftpflicht unterworfen. Der Unternehmer kann sich, sobald einmal die Möglichkeit existiert, eine Erkrankung im Betriebe durch bestimmte Einrichtungen zu verhindern, im Fall der Haftpflichtsklage nicht darauf berufen, daß die betr. Neuerung noch nicht allgemein angewandt werde.

Bemerkenswert ist, daß nach Schweizerischem Recht der Unternehmer auch für „eigentliche" Betriebskrankheiten in bestimmten Fällen haftpflichtig ist, indem nämlich in denjenigen Industriezweigen, die von dem Bundesrat als solche bezeichnet werden, die schwere Krankheiten hervorrufen, der Unternehmer die Verantwortung für einen seinen Arbeitern oder Gehülfen durch eine solche Krankheit erwachsenen Schaden trägt, sofern festgestellt ist, daß dieselbe lediglich durch die Beschäftigung in dem betreffenden Betriebe verursacht wurde. Fuld weist des weiteren nach, daß in der Regel die Haftpflicht des Arbeitgebers für Erkrankungen durch fehlerhafte Betriebseinrichtungen nicht aufgehoben werde durch widerspruchloses Verbleiben des Angestellten im Dienstverhältnis, auch nicht durch die Einrede, der Arbeitgeber habe die Schädigung nicht voraussehen können, oder die Gewerbepolizei habe seinen Betrieb nicht beanstandet.

So haben also nach dieser Darlegung von juristischer Seite die gewerblich Erkrankten wenigstens dann einen Anspruch auf Rente oder Entschädigung — abgesehen von der Invalidenrente —, wenn sie durch mangelhafte Betriebseinrichtungen zu Schaden gekommen sind. Leider aber stellt sich, ärztlich betrachtet, dies Recht als sehr schwer im Einzelfalle durchsetzbar heraus. Denn die Fälle, in denen wir Ärzte vor Gericht mit Sicherheit eine Krankheit auf die allmähliche Wirkung einer ungeeigneten Betriebseinrichtung zurückführen können, werden äußerst spärlich sein. Wer will denn sagen, ob der bleikranke Setzer durch ungenügende Staubabsaugung oder durch schlechte Reinigung seiner Hände, ob die blutarme und nervöse Plätterin durch chronische Kohlenoxydvergiftung, infolge schlechter Ventilation der Plättstube, krank geworden ist?

Ob es wirklich, wie Fuld fürchtet, der Deutschen Industrie unmöglich sein wird, noch stärkere Versicherungslasten für kranke Arbeiter zu tragen, wie bisher? Wir Ärzte werden das entscheidende Wort dazu nicht sprechen können, aber daß vom ärztlichen Gesichtspunkte aus eine gleichmäßigere Rentengewährung an Kranke verschiedener Ätiologie wünschenswert wäre, darauf müssen wir hinweisen. F. L.

Die wachsende Zahl der Betriebsunfälle.

An der Hand statistischer Tabellen beschäftigt sich in der „Arbeiterversorgung" Dr. Saucke mit der Ermittlung der Ursachen für das stetige Zunehmen der Zahl der Betriebsunfälle in der deutschen Landwirtschaft und Industrie.

Die Zunahme der Zahl versicherter Personen erklärt, wie er ausführt, nicht hinreichend diejenige der Unfälle. Hat doch in der Industrie die Zahl der Versicherten sich von 1889 zu 1903 nur um 57 %, die der Unfälle um 171 % vermehrt, während in der Landwirtschaft bei sicherlich geringerem Anwachsen der Arbeitermenge als in den gewerblichen Betrieben gleichwohl die Unfallsziffer um etwa 395 % gestiegen ist!

Die Notwendigkeit, neue, ungeschulte Kräfte heranzuziehen, ist vielleicht geeignet, die absolute Unfallziffer und gewisse Schwankungen, nicht aber das beständige Anwachsen zu erklären.

Sicher falsch ist die Deutung, daß das Vordringen der Maschinen zu ungunsten des Handwerks die Unfälle vermehre,

denn wenn man die Unfälle nach der Entstehungsart gruppiert — Maschinenverletzungen, Explosionen, Einsturz von Gerüsten, Fall von Leitern, Heben und Tragen, Überfahrenwerden, Schiffahrt, Verletzungen durch Tiere, Handwerkszeug usw. —, so gewahrt man, daß keine dieser Gruppen ein sehr viel stärkeres Anwachsen zeigt als die übrigen, ja, daß vielmehr die Maschinenverletzungen immer mehr zurückgehen, und daß die Verletzungen durch einfaches Handwerkszeug sich noch am schnellsten vermehren.

Verworfen wird auch die Annahme, als erzeuge eine immer mildere Auslegung des Begriffes Betriebsunfall künstlich eine scheinbare Vermehrung der Unfälle. Tatsächlich legt das Reichsversicherungsamt jenen Begriff seit 1890 in ganz fester, gleichmäßiger Weise fest. Im einzelnen ist es z. B. bei den Unterleibsbrüchen eher strenger in seinen Forderungen geworden.

Die wahre Ursache der wachsenden Unfallziffer hat, so nimmt Saucke an, Dr. Ernst Lange richtig erkannt, wenn er folgende (wörtlich wiederzugebende) Sätze schreibt:

„In Wirklichkeit liegt dem Erstaunen über das Anwachsen der Unfallzahl eigentlich nur eine Verwechslung zugrunde oder mit anderen Worten eine falsche Beurteilung der hier betrachteten Zahlen.

Man verwechselt die von den Berufsgenossenschaften entschädigten Personen mit den tatsächlich zur Entschädigung berechtigt gewesenen Personen. Man setzt damit also voraus, daß 1. die Berufsgenossenschaften von sämtlichen Unfällen Kenntnis erhalten haben, und 2. daß sich die Versicherten von Anfang an klar darüber waren, unter welchen Verhältnissen sie Entschädigungen beanspruchen konnten, d. h. was sich alles dazu eignete, als Folge eines Betriebsunfalles und Grund eines Entschädigungsanspruchs angesehen zu werden. Beide Voraussetzungen sind durchaus falsch. In den ersten Jahren ist den Berufsgenossenschaften tatsächlich nur ein Teil der Unfälle bekannt geworden — und zwar besonders die schwereren, was zur Folge hat, daß sich scheinbar hauptsächlich die leichteren Unfälle in den späteren Jahren vermehrt haben. Und der Begriff von dem, was als Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit infolge eines Unfalles aufzufassen ist, hat sich im Bewußtsein der Versicherten von Jahr zu Jahr erweitert. Die Kenntnis der Gesetzgebung und das durchaus natürliche und gerechtfertigte Bestreben der Versicherten, die Situation zur Erlangung von Entschädigungen, namentlich von Renten, nach Möglichkeit auszunutzen, hat die Zahl der Ansprüche im Laufe der Jahre so vermehrt, daß sich die aus unseren Tabellen ersichtliche Entwicklung ergeben hat. Alles, was sonst noch in demselben Sinne gewirkt hat, spielt dabei eine ganz untergeordnete Rolle. So erklärt sich denn auch ungezwungen das viel stärkere Anschwellen der Unfallzahlen in der Landwirtschaft als in der Industrie; ein Vergleich des Durchschnittsindustriearbeiters mit dem Durchschnittslandarbeiter lehrt ohne weiters, daß es viel länger dauern mußte, bis die ländliche Arbeiterbevölkerung lernte, die neue, durch die Unfallversicherung geschaffene Lage zu verstehen und auszunutzen. Der Höhepunkt dieser Entwicklung ist übrigens offenbar noch keineswegs erreicht, namentlich noch lange nicht in der Landwirtschaft. Daß zugleich mit dem berechtigten Bestreben, sich die Vorteile der Unfallversicherung nicht entgehen zu lassen, auch die Neigung zu mehr oder weniger bewußter Übertreibung und Täuschung zugenommen hat und noch weiter zunehmen wird, liegt in der Natur der Dinge. In ihrer Gesamtheit erweckt diese Erscheinung den Eindruck einer zunehmenden Verweichlichung der arbeitenden Klassen in Deutschland. Sehr natürlich! Da es heute für jeden Arbeiter bei seiner unsicheren wirtschaftlichen Lage, bei der drohenden Gefahr gelegentlicher Arbeitslosigkeit von dem größten Wert ist, in Gestalt einer festen, wenn auch kleinen Rente eine sichere Einnahme zu haben, so setzt eben das Gemüt seine Macht nicht mehr ein, ‚durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein‘ (Kant), soweit es sich um wirkliche oder vermeintliche Folgen von Verletzungen handelt.“

Handel mit Menschenskeletten.

Der österreichische Unterrichtsminister hat eine Verfügung über den Handel mit Menschenskeletten und anderen anatomischen Präparaten ergehen lassen. Es handelt sich dabei um Präparate, die zu Unterrichts- und Forschungszwecken dienen, und für welche Wien von jeher einer der wichtigsten Bezugsorte ist. Die Verfügung, die deswegen für die Fachkreise Interesse hat, zielt darauf hin, mißbräuchlichem Handel mit Skeletten zu steuern. Der Erlaß besagt: 1. Knochen- und anderweitige anatomische, aus Menschenleichen hergestellte Präparate dürfen nur von den Vorständen öffentlicher Institute zu Lehr- und Lernzwecken und behufs wissenschaftlicher Forschung an andere Personen und Anstalten abgegeben werden, wie an Mediziner, Ärzte, Naturforscher, Künstler, an klinische Institute, an Schulen, an Akademien für Maler und Bildhauer, sowie für den humanitären Zwecken dienenden Unterricht über „erste Hilfe“ bei Unfällen. Diese Abgabe von Präparaten kann unter Anwendung entsprechender Vorsicht auch durch Vermittlung vertrauenswürdiger, mit staatlichen Unterrichtsanstalten in Verbindung stehenden Lehrmittelfirmen erfolgen. 2. Die Abgabe von solchen Präparaten an das Ausland ist nur dann zulässig, wenn sie im Interesse wissenschaftlicher Forschung geschieht, oder wenn es sich unter Wahrung der Reziprozität um die auf dem Tauschwege zu erreichende gegenseitige Komplettierung wissenschaftlicher Sammlungen handelt. 3. Den Dienern von Instituten ist es untersagt, derartige Präparate abzugeben oder zu verkaufen; doch kann der Institutsvorstand bei der Abgabe von Präparaten an auswärtige Interessenten ausbedingen, daß ein angemessener Betrag gezahlt werde, welcher zur Entlohnung der Diener für die bei der Herstellung der Präparate geleistete dienstliche Mehrarbeit zu verwenden ist. (Voss. Zeitung.)

Die „grüne Gefahr“.

In Belgien hat man die Bereitung, den Verkauf und den Transport von Absinth verboten. Diese Kriegserklärung gegen die „grüne Gefahr“ im Nachbarlande veranlaßt Maurice Talmeyr, im „Gaulois“ darauf aufmerksam zu machen, welche furchtbare Bedeutung diese auch für Frankreich hat. Vor 50 Jahren trank man in Frankreich jährlich 735 hl Absinth, heute trinkt man 133000! Unter dem zweiten Kaiserreich hatte der Verbrauch von Absinth in 20 Jahren nicht 2000 hl überschritten; 1880, 10 Jahre später, ist man schon bis nahezu 13000 gelangt, nach 5 Jahren zu 58000, nach wieder 5 Jahren zu 112000. Auch heute steigt der Konsum noch immer. Vor einem halben Jahrhundert trank man in Frankreich nur 600000 hl Alkohol in allen Formen, gegenwärtig sind es 2 Millionen. Damit ist die Zahl der Irren zu vergleichen, die in denselben Verhältnissen gewachsen ist. Vor 60 Jahren zählte Frankreich 10000 Irre, heute sind es nahezu an 80000. Dasselbe Ergebnis hat eine Prüfung der Verbrecherstatistik. Die Zahl der Verbrecher hat sich außerordentlich vermehrt, während die Bevölkerung Frankreichs doch keine erhebliche Zunahme erfahren hat.

(Korr. Württ. Ärzte.)

Invalidenrenten.

Nach der im Reichs-Versicherungsamt angefertigten Zusammenstellung, welche auf den Mitteilungen der Vorstände der Versicherungsanstalten und der zugelassenen Kasseneinrichtungen beruht, betrug die Zahl der seit dem 1. Januar 1891 bis einschließlich 31. März 1905 von den 31 Versicherungsanstalten

und den 9 vorhandenen Kasseneinrichtungen bewilligten Invalidenrenten 1 202 548

Davon sind infolge Todes oder Auswanderung des Berechtigten, Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, Bezuges von Unfallrenten oder aus anderen Gründen weggefallen 454 120,
so daß am 1. April 1905 liefen 748 428
gegen . . 734 975
am 1. Januar 1905.

Die Zahl der während desselben Zeitraumes bewilligten Altersrenten betrug . . . . 430 187.

Davon sind infolge Todes oder Auswanderung des Berechtigten oder aus anderen Gründen weggefallen 287 974,
so daß am 1. April liefen 142 213
gegen . . 145 466
am 1. Januar 1905.

Invalidenrenten gemäß § 16 des Invalidenversicherungsgesetzes (Krankenrenten) wurden seit dem 1. Januar 1900 bewilligt 45 530

Davon sind infolge Todes, Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit oder aus anderen Gründen weggefallen 27 644,
so daß am 1. April liefen 17 886
gegen . . 16 977
am 1. Januar 1905.

Beitragserstattungen sind bis zum 31. März 1905 bewilligt:

a) an weibliche Versicherte, die in die Ehe getreten sind 1 240 069
gegen 1 204 989

b) an versicherte Personen, die durch einen Unfall dauernd erwerbsunfähig im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes geworden sind 2 970
gegen 2 796

c) an die Hinterbliebenen von Versicherten 270 427
gegen 261 433
zusammen 1 513 475
gegen 1 469 218

bis zum 31. Dezember 1904.

Kongreßnachrichten.

Die 77. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte tagt in Meran vom 24.—30. September dieses Jahres. Die Allgemeinen Sitzungen sollen am 25. und 29. September abgehalten werden; für den 28. September vormittags ist eine Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen geplant. In derselben wird Professor Langley (Cambridge) über die neueren Erfahrungen in der Nervenlehre, Professor Correns (Leipzig) und Professor Dr. Heider (Innsbruck) über Vererbungsgesetze sprechen; für den 28. September nachmittags sind für jede der beiden Hauptgruppen gemeinsame Sitzungen vorgesehen. Die Themata sind noch nicht fest bestimmt.

Geschäftsführer sind der Kurvorsteher Dr. Huber und der Innsbrucker Professor der Botanik Dr. Heinricher, für die Abteilung gerichtliche Medizin nimmt der K. K. Bezirksarzt Dr. Neuhauser-Meran Vortragsanmeldungen entgegen. Es wird gebeten, Demonstrationsvorträge bis zum 15. Mai anzumelden.

Der 10. Internationale Kongreß gegen den Alkoholismus wird vom 11.—16. September in Budapest abgehalten. Anmeldungen dazu sind an Dr. Philip Stein, Budapest IV. Központi városháza, zu richten.

Das einladende Komité betont, daß der Kongreß nicht im Dienste einer einzelnen Richtung stehe. Provisorisch ist folgendes Programm festgestellt:

I. Festvortrag. Gruber-München: „Hygiene des Ich.“ II. Diskussions-Themata. 1. Der Einfluß des Alkohols auf die Widerstandsfähigkeit des menschlichen und tierischen Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Vererbung. (Referent: Laitinen-Helsingfors.) 2. Ist Alkohol ein Nahrungsmittel? (Referent: Kassowitz-Wien: „Kann ein Gift die Stelle einer Nahrung vertreten?“ Zweiter Referent: unbestimmt.) 3. Die kulturellen Bestrebungen der Arbeiter und der Alkohol. (Referent: Wandervelde-La Hulpe, Kiß-Budapest.) 4. Alkohol und Geschlechtsleben. (Referent: Forel-Chigny près Morges.) 5. Alkohol und Strafgesetz. (Referenten: Lombroso-Turin: „Die soziale Prophylaxe des Alkoholismus“, Bleuler-Zürich: „Die Behandlung der Alkoholverbrechen“, Vámbéry-Budapest: „Der Alkohol als sozialer Faktor der Kriminalität“.) 6. Der verderbliche Einfluß des Spirituosenhandels auf die Eingeborenen in Afrika. (Referent: Müller-Groppendorf.) 7. Die Unterstützung des Kampfes gegen den Alkohol durch die Erziehung in Haus und Schule. (Referenten: The Hon^ble Mrs Eliot Yorke-London, Hähnel-Bremen, Eötvös-Szolnok, Fischer-Pozsony, Kirschanek-Szt.-István.) 8. Alkohol und physische Leistungsfähigkeit, mit besonderer Berücksichtigung des militärischen Trainings. (Referent: unbestimmt.) 9. Die hygienische Bedeutung des Kunstweines gegenüber dem Alkoholgenuß überhaupt. (Referent: Liebermann-Budapest.) 10. Die industrielle Verwertung des Alkohols als Kampfesmittel gegen den Alkohol. (Referenten: Frau Daszynska-Golinska-Krakau: „Die national-ökonomische Bedeutung der industriellen Spiritusverwendung“, Klemp-Budapest, Baron Malcomes-Budapest.) 11. Die Reform des Schankwesens. (Referenten: Eggers-Bremen: „Alkoholkapital und Gegenkapital“, Helenius-Helsingfors: „Die Beziehung der Alkoholgesetzgebung zur Reform des Schankwesens“, Legrain-Paris: „Gasthausreform und Gasthaussittenreform“, Malins-Birmingham: „Die Bewegung der Gasthausreform“.) 12. Die Organisation der Antialkoholbewegung. (Referenten: Wlassak-Wien, Máday-Budapest, Stein-Budapest.)

Die diesjährige Tagung des Vereins der deutschen Strafanstaltsbeamten in Dresden vom 13.—16. Juni 1905 wird als Verhandlungsgegenstand u. a. zwei für die ärztlichen Sachverständigen und Hygieniker wichtige Fragen umfassen.

1. Empfiehlt es sich, pthisische Gefangene (Schwindsüchtige)
   a) in geeigneten Fällen zu beurlauben, gegebenenfalls in welchen?
   b) in eigenen Anstalten zu verwahren?

Gutachten: Geh. Sanitätsrat Dr. Baer in Plötzensee. Band 37 S. 495.
Referent: Derselbe.

2. A. Wie ist die Gesundenkost für Gefangene nach den bisher gemachten Erfahrungen einzurichten, bzw. in welchem Verhältnis sind verdauliches Eiweiß, Fett, Kohlehydrate zur Erhaltung ihrer Gesundheit und Arbeitskraft mit den Nahrungsmitteln zu reichen, dabei aber über das unumgänglich Notwendige nicht hinauszugehen?
   B. Ist das Mittagsgericht in Suppe und feste Speisen zu trennen?
   C. Läßt sich eine Verminderung der Kostreichung an Zuchthausgefangene im Verhältnis zu Gefangenen anderer Art rechtfertigen?
   D. Welche Erfahrungen sind mit der Verwendung von Margarine gemacht worden?

Gutachten: Dr. König in Münster i. W. Band 39 Heft 1/2.
Dr. Kullmann in Butzbach Band 37 S. 517.
Oberjustizrat Schwandner in Hall Bd. 37 S. 253.
Referent: Dr. Kullmann in Butzbach.
Dr. med. Pollitz in Münster i. W.
Oberjustizrat Schwandner in Hall.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.